

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE **108**^{No} -

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul SIVADON

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Interne des Asiles de la Seine

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 10 Janvier 1907 à Moncoutant (Deux-Sèvres)

LES PSYCHOSES PUERPÉRALES ET LEURS SÉQUELLES

L'Encéphalite Psychosique Post-puerpérale

Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul SIVADON

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Interne des Asiles de la Seine

Diplômé de Médecine légale et de Psychiatrie

Né le 10 Janvier 1907 à Moncoutant (Deux-Sèvres)

**LES PSYCHOSES PUERPÉRALES
ET LEURS SÉQUELLES**

L'Encéphalite Psychosique Post-puerpérale

Travail de l'Hôpital psychiatrique Henri-Rousselle

Président : HENRI CLAUDE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	LENORMANT.
	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.

II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI . Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puér culture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

AUX MIENS ET A CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

En hommage de respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait.

A NOS MAITRES
DES HOPITAUX ET DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

Externat

MONSIEUR LE PROFESSEUR MERLE
MONSIEUR LE PROFESSEUR DIONIS DU SÉJOUR

Internat

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAIGNE
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIOLLET
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEPETIT (*in memoriam*)
MONSIEUR LE PROFESSEUR QUIQUANDON

Laboratoire de Physiologie

MONSIEUR LE PROFESSEUR BILLARD (*in memoriam*)

*Dont nous avons eu l'hon-
neur d'être le préparateur.*

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES DE L'INSTITUT
DE MÉDECINE LÉGALE ET DE PSYCHIATRIE

A NOS MAÎTRES DES ASILES DE LA SEINE

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

MONSIEUR LE DOCTEUR BONNET (*in memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMAY

*Ils nous ont initié à l'étude
de la psychiatrie et nous l'ont
fait aimer. En témoignage
de notre vive gratitude.*

A NOS MAÎTRES DE L'INFIRMERIE SPÉCIALE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE CLERAMBAULT

MONSIEUR LE DOCTEUR LOGRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HEUYER

*Nous leur devons l'essen-
tiel de notre formation cli-
nique. Qu'ils soient assurés
de notre profond attachement.*

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL HENRI-ROUSSELLE

MONSIEUR LE DOCTEUR TOULOUSE

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCHAND

MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS

*Ils nous ont donné l'idée
de ce travail et nous ont per-
mis de le réaliser. Nous leur
en exprimons notre profonde
reconnaissance.*

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPOUY

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COLONEL FRIBOURG-BLANC

Professeur au Val de Grâce

INTRODUCTION

« Il n'y a pas une psychose puerpérale, il y a des psychoses puerpérales », disait Gilbert-Ballet.

Si, dans les nombreux travaux parus à leur sujet, la plupart des auteurs ont apporté des conclusions si souvent divergentes, cela tient probablement soit à ce qu'ils n'étudiaient que des catégories trop limitées de faits, soit à ce que leur champ d'observation était trop restreint.

Les accoucheurs se sont surtout intéressés au pronostic immédiat ou proche. Mieux que personne, ils connaissent les troubles mentaux transitoires au moment de l'accouchement. Ils ont excellemment noté la fréquence avec laquelle les états confusionnels aigus évoluent en quelques semaines vers la guérison. Pour eux, le pronostic est des plus favorables (75 % des guérisons en moyenne). Mais il leur est rarement donné d'étudier des cas en série (1).

Les chirurgiens voient surtout les cas à étiologie infectieuse évidente et dont le pronostic vital est loin d'être bénin. Ils ont insisté à juste raison sur l'influence souvent heureuse des traitements locaux et anti-infectieux et sur la rapidité habituelle de la sédation des troubles mentaux aigus.

Bien que, dans les asiles, les psychoses puerpérales soient de celles dont le pronostic est le moins sombre, tous les aliénistes connaissent la relative fréquence des évolutions

(1) Les statistiques montrent qu'on ne trouve guère qu'une à trois psychoses puerpérales pour mille gestations.

vers la chronicité. Mais ils ne voient habituellement que les cas où les accidents initiaux ou leurs séquelles ont été assez prolongés et graves pour motiver l'internement. Ainsi, presque tous les auteurs ont parfaitement étudié l'aspect clinique et le pronostic apparent de ces psychoses. Beaucoup se sont attachés au problème primordial, si passionnant mais si décevant et encore si obscur, de leur étiologie et de leur pathogénie. Cependant, un certain nombre de faits nous ont paru avoir été trop souvent laissés dans l'ombre.

Nous avons pensé qu'il serait utile, pour avoir une idée exacte de l'ensemble des faits, de réunir en assez grand nombre des cas variés en éliminant dans la mesure du possible les principales causes d'erreurs statistiques signalées.

Nous avons aussi voulu savoir quel était le pronostic réel des malades sortant en apparence guéries des services hospitaliers ou asilaires.

D'autre part, nous avons cherché à connaître ce que devenaient les enfants nés au moment de la maladie.

Pour mener à bien notre tâche, l'Hôpital Henri Rousselle, créé par le Docteur Toulouse dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, réalisait tous nos *desiderata*. En sa qualité de service ouvert, il reçoit en effet la plus grande partie des psychoses aiguës de la région parisienne et, parmi elles, les cas les plus variés de psychoses puerpérales, des plus bénins aux plus graves. Grâce à son considérable mouvement de malades, ces cas peuvent être étudiés en séries à peu près continues. Il y entre en effet, en moyenne, une psychose puerpérale par semaine.

Enfin, son service d'assistance sociale nous a permis de pratiquer une série d'enquêtes grâce auxquelles nous avons pu connaître l'évolution plus ou moins lointaine d'un assez grand nombre des psychoses observées (1).

(1) Nous remercions tout particulièrement Mlle ELLENRIÉDER, assistante sociale du service d'observation, pour sa si précieuse collaboration.

D'autre part, frappés de la ressemblance que présentaient entre elles beaucoup de nos observations au point de vue de leur mode d'apparition et de leur évolution lointaine, nous avons essayé de les grouper en un certain nombre de catégories. L'une de ces dernières a retenu spécialement notre attention. Nous voulons parler des *Encéphalites psychosiques post-puerpérales*, dont quelques observations ont déjà été publiées par MM. Toulouse, Marchand et Courtois dans leurs travaux sur les *Encéphalites psychosiques secondaires*.

M. Marchand a bien voulu nous confier deux observations anatomo-cliniques inédites accompagnées de trois microphotographies. De plus, il nous a autorisé à reproduire quatre observations analogues déjà publiées par lui.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait et pour sa bienveillance à notre égard.

L'idée de ce travail nous a été donnée par M. Courtois. Il nous a fourni une grande partie de nos matériaux. Parmi les observations qui ont servi de base à nos enquêtes, beaucoup ont été prises par lui. Sans cesse, au cours de notre travail, il nous a aidé de ses conseils. Nous ne pouvons assez le remercier de l'affectueux intérêt qu'il nous a toujours témoigné.

Ce travail est le fruit des travaux de MM. Marchand et Courtois. Si l'on veut bien lui reconnaître quelque intérêt, c'est à eux qu'en revient le mérite.

Nous avons aussi utilisé un certain nombre d'observations de malades du Pavillon de Chirurgie des Asiles de la Seine, que MM. Mauclaire et Bloch ont bien voulu nous confier. Nous les en remercions vivement.

Ainsi, nous avons pu étudier près de deux cents observations inédites. Nous avons examiné nous-même un nombre important de ces malades.

Nous ne pouvons publier en détail tous ces documents. Nous avons éliminé tous les cas récents pour lesquels nous

n'avons pas encore un recul suffisant nous permettant de juger du pronostic.

Nous ne donnerons, pour chaque catégorie de cas, que quelques observations détaillées et le résumé succinct de la plupart de celles ayant servi à notre statistique.

Par des lettres questionnaires et par des visites à domicile nous avons essayé de savoir ce qu'étaient devenues les malades examinées entre 1920 et 1930, ainsi que leurs enfants nés au moment de la maladie. Nous eûmes à compter avec un gros déchet. Sur 160 malades recherchées nous ne pûmes recueillir que pour 96 d'entre elles des renseignements précis et utilisables (1).

*
* *

Dans une *première partie* (généralités) nous fixerons *l'état actuel de nos connaissances* sur le sujet.

Dans une *seconde partie*, après une brève étude séméiologique des psychoses puerpérales et de leurs séquelles, nous exposerons nos *observations*. Nous insisterons surtout sur le groupe des *encéphalites psychosiques post-puerpérales*.

Dans une *troisième partie* nous ferons un *examen critique et statistique des faits exposés*.

De cet examen découleront nos *conclusions*.

(1) Beaucoup de lettres sont restées sans réponse. Beaucoup, par suite de changements d'adresses, n'ont pas atteint leurs destinataires et nous ont été retournées. Enfin quelques réponses réticentes ou imprécises n'ont pu être utilisées.

PREMIÈRE PARTIE

Généralités

I. AUTOUR DU SUJET

Si les psychoses puerpérales forment indiscutablement un chapitre de la psychiatrie, leur étude intéresse bien d'autres que les psychiâtres.

Les chirurgiens et surtout les accoucheurs les considèrent un peu comme de leur domaine. Nous avons d'ailleurs plusieurs fois — et avec profit — eu recours à leurs travaux.

En leur qualité de psychoses aiguës, elles intéressent aussi le médecin non spécialisé. Elles sont de celles pour lesquelles il est appelé parfois à intervenir dans la pratique courante à cause de la tragique brusquerie de leur installation.

Pour le public, enfin, elles sont de celles où le sort semble frapper avec une particulière cruauté : au moment où l'entourage s'apprêtait à accueillir une nouvelle petite vie, un drame éclate, que rien souvent ne pouvait faire prévoir. La folie la plus authentique, la plus impressionnante, la plus conforme en un mot aux conceptions profanes, s'est brusquement installée au foyer. Puis, dans les cas heureux, lorsque l'orage, après des mois souvent d'anxieuse incertitude, s'est enfin apaisé, que reste-t-il malgré l'apparente guérison ? Un cerveau fragilisé, presque toujours un enfant mort, et pour aussi illégitime qu'elle soit, la tache infamante de l'aliénation

officiellement estampillée, dans beaucoup de cas, par l'inter-nement.

Au point de vue psychiatrique, l'étude des psychoses puer-pérales semble devoir être un terrain fertile en découvertes fructueuses. Tout d'abord, elles posent, pour un cas parti-culier, le passionnant problème de la confusion mentale, de ses conditions d'apparition et de son pronostic. De plus, l'existence de séquelles sous forme de délires plus ou moins systématisés constitue un argument de grande valeur en faveur de l'organogenèse de beaucoup de psychoses.

Notre maître G. de Clérambault insiste fréquemment, dans son substantiel enseignement à l'Infirmierie spéciale, sur l'importance de cet argument.

Enfin, ne réalisent-elles pas — en quelque mesure — des conditions qui se rapprochent de celles de l'expérience scien-tifique ?

Un cerveau apparemment en bon équilibre est atteint par des substances qu'il ne semble pas impossible de pouvoir un jour mesurer et faire varier. Ces substances produisent des lésions ou des troubles fonctionnels que nous apprenons de jour en jour à mieux connaître. Des troubles mentaux, très souvent de même type, apparaissent, qui semblent bien devoir être la conséquence de ces lésions.

Le problème psychiatrique n'est-il pas réduit là à sa formule la plus simple, la plus dépouillée d'insaisissables causes d'erreurs ?

Par son intérêt médical et social, et aussi par son intérêt théorique, l'étude des psychoses puerpérales mérite donc de retenir tout spécialement l'attention du médecin.

II. ÉVOLUTION DES NOTIONS SUR LES PSYCHOSÉS PUERPÉRALES

Malgré le nombre considérable de travaux accumulés, les notions solidement acquises sont encore aujourd'hui bien ténues. Les avis les plus divers, parfois même les plus inattendus, ont été et sont encore formulés touchant leur fréquence, leur étiologie, leur pathogénie, leur pronostic. Certains auteurs même nient leur existence nosologique.

Leur *fréquence* a été longtemps méconnue (1). Les anciens considéraient la folie puerpérale comme un accident exceptionnel. Esquirol a été un des premiers à émettre une opinion inverse : « Le nombre des femmes qui deviennent aliénées après l'accouchement, pendant ou après l'allaitement, est beaucoup plus considérable qu'on ne le croit communément. En effet, à l'Hospice de la Salpêtrière, nous recevons à peu près un douzième de femmes devenues aliénées dans ces circonstances... » (2).

Marcé émet la même opinion : «... nous sommes arrivés à cette conviction qu'en moyenne on rencontre une malade atteinte de folie puerpérale sur 12 ou 13 aliénées... » (3).

Ces chiffres nous paraissent excessifs (4). Il est vrai que le développement de l'asepsie et des mesures de prophylaxie

(1) Elle est encore très diversement appréciée. RÉGIS admet qu'on trouve une psychose sur 200 accouchements. La plupart des auteurs signalent des proportions beaucoup plus faibles : 1 à 3 pour 1.000 (REID, GRAMM, VINAY).

(2) ESQUIROL, Des maladies mentales, 1819, p. 232.

(3) MARCÉ, Folie des femmes enceintes, 1858, p. 27.

(4) Cependant, CODET et M^{lle} BADONNEL admettent encore une proportion de 8 à 10 psychoses puerpérales pour 100 malades internées. Les auteurs allemands fournissent des chiffres encore plus élevés (21,6 pour 100 pour RIPPING).

et d'hygiène ont diminué dans des proportions considérables les causes d'accidents puerpéraux. Les psychoses liées à une infection puerpérale et les psychoses post-éclamptiques tenaient une place importante parmi les observations des anciens auteurs. Elles sont actuellement devenues une rareté.

Voici, pour fixer les idées sur ce point, les chiffres recueillis au service d'observation de l'Hôpital Henri-Rousselle.

Sur 1.426 femmes entrées du 1^{er} juillet 1931 au 1^{er} juillet 1932, nous trouvons 50 psychoses puerpérales.

Dans le même temps étaient entrés 76 états confusionnels d'origines diverses, 259 délires chroniques, 140 démences précoces, etc., etc.

Ces chiffres nous donnent donc un pourcentage de psychoses puerpérales égal à 3,49 pour cent. Ce nombre est de plus de moitié inférieur à celui indiqué par Esquirol et Marcé : 1 pour 12, soit 8, 33 pour cent.

L'étiologie et la pathogénie restent les problèmes les plus obscurs.

Des raisons anatomiques ont depuis longtemps fait repousser l'opinion des anciens suivant laquelle le lait ou les lochies venaient se déposer sur le cerveau. Pour Galien « le sang le plus brûlant s'accumule dans les mamelles et ne peut se convertir en lait ; en raison des connexions qui existent entre les mamelles et le cerveau, les vapeurs brûlantes montent vers ce dernier et la manie peut survenir ». Hippocrate, d'ailleurs, signale qu'« une congestion de sang dans la mamelle annonce la folie » (1).

Cette pathogénie a été longtemps admise.

En 1603, Rodriguez invoque encore la suppression des lochies et leur transformation purulente.

En 1767, Puzos et Levret reviennent à l'influence de la montée laiteuse (2).

(1) GALIEN, *Prælectiones patavinae*, p. 491 ; HIPPOCRATE, *Œuvres complètes*, trad. Littré, p. 148, cité par Marcé.

(2) D'après LEMELAND, *Aperçu général sur les psychoses puerpérales* (1928).

Mais est-on bien sûr qu'il faille tout rejeter de la notion, d'ailleurs purement verbale, de « maladie sympathique » par laquelle les auteurs du siècle dernier expliquaient la répercussion de l'état de l'utérus sur celui du cerveau ? (1).

Ball insiste sur le fait qu'« il n'existe nulle part, dans l'économie, une sympathie plus intime que celle qui relie aux centres nerveux les organes de la reproduction » (2). Marcé se dit « frappé du nombre et de la variété des faits prouvant la connexion intime qui, au point de vue de la sympathie morbide, unit l'utérus au cerveau » (3).

En 1903, Canton et Ingegnieros citent parmi les causes des psychoses puerpérales « les réflexes partis de l'utérus ou des organes voisins ».

Des causes physiques ont été invoquées : « Le globe utérin agit par son poids et son volume et détermine un état permanent de malaise et de fatigue ; il comprime les vaisseaux iliaques, gêne le retour du sang veineux vers le cœur et entretient vers la périphérie un état congestif..., la circulation cérébrale se fait elle-même plus péniblement ; il y a de la céphalalgie, de la pesanteur de la tête, de la tendance à l'assoupissement... » (4).

Puis, lorsque la notion de dégénérescence eut pris en clinique, vers la fin du siècle dernier, l'importance que l'on sait, la plupart des auteurs se trouvèrent d'accord pour admettre que le terrain était tout et que la plus banale infection suffisait chez une prédisposée pour provoquer la psychose.

Magnan et les auteurs allemands se firent les défenseurs de cette idée.

Tarnier et Budin, Pierret et, à l'étranger, Campbell Clark,

(1) « Nous ne pouvons donner le nom de folie sympathique qu'à une aliénation mentale qui se produit directement par l'action d'un organe de la vie physique, qui grandirait par elle-même et diminuerait avec elle. » BUCHEZ, *Soc. Méd. Psychol.*, 10 nov. 1854.

(2) BALL, *Leçons sur les maladies mentales*, 1890, p. 691.

(3) MARCÉ, *op. cit.*, p. 20.

(4) MARCÉ, *op. cit.*, pp. 36-37.

Hansen, Robert Jones etc., soutinrent la même opinion.

Mais il fallut bien reconnaître que l'infection n'était pas toujours évidente.

Picqué et Privat de Fortunié (1904) parlèrent alors d'infection utérine latente.

Pierret, en 1842, avait déjà parlé d'*auto-intoxication*. Mais c'est surtout Dupouy, en 1904, qui attira l'attention sur l'importance de ce facteur étiologique. Pour lui, « les psychoses puerpérales sont fonction d'auto-intoxication puerpérale, évoluant sur un terrain prédisposé, dégénéré au point de vue psychique » (1).

Nous verrons que cette notion est aujourd'hui acceptée par la plupart des auteurs.

*
* *

Actuellement, on a coutume d'envisager dans l'étiologie des psychoses puerpérales un *terrain prédisposé* et des *causes déterminantes*.

La *prédisposition* est indéniable dans un nombre important de cas.

Nous avons pu déceler plusieurs fois une prédisposition héréditaire. Quelques observations montrent une hérédité similaire. Mais il s'agit presque toujours d'hérédité psychopathique dissemblable.

L'on rencontre plus fréquemment des causes de prédispositions acquises. Mais les causes invoquées sont multiples, leur rôle est souvent difficile à interpréter.

On a parlé de troubles cérébraux dûs à une infection ou une intoxication ancienne, de troubles circulatoires, de phénomènes d'anaphylaxie cérébrale (2), etc.

Certains auteurs citent comme cause prédisposante des

(1) DUPOUY, Thèse Paris, 1904-1905, p. 149.

(2) Jean LÉPINE et BERIEL.

troubles banaux tels que : maladies infectieuses bénignes de l'enfance, contrariétés, fatigue, etc. Sans nier que ces facteurs puissent jouer un rôle, il ne nous semble pas qu'on puisse les retenir comme cause *déterminante de terrain*. Ou alors il faudrait retenir aussi la cause la plus constante de toutes, dont le rôle débilitant est le plus certain, à savoir : la grossesse. Mais on n'aurait fait alors que reculer le problème, car ces causes banales ne peuvent avoir d'action *déterminante* que sur un terrain préexistant.

Or, ce terrain favorable à l'éclosion de la psychose a une existence certaine. Il se manifeste souvent par de menus signes : déséquilibre mental plus ou moins accentué, troubles du caractère, débilité mentale, etc.

Son *origine* nous est rarement connue et nous sommes contraints de nous contenter pour la désigner, du concept imprécis de *dégénérescence*.

Sa *nature* nous échappe complètement. Nous ne pouvons que parler d'une hypothétique *fragilité spéciale du cerveau* (1).

Non seulement le terrain prédisposé est un fait clinique fréquemment constatable, mais il nous semble être une nécessité logique. Comme nous allons le voir, les causes déterminantes sont très souvent banales. Comment expliquer, sans la notion de terrain, qu'elles restent sans action décelable sur la plupart des cerveaux, alors que sur certains elles provoquent de graves désordres ?

Aussi, si dans beaucoup de nos observations, la prédisposition n'est pas signalée, cela nous semble pouvoir être dû, pour certaines, à la difficulté de se faire une opinion, par l'interrogatoire de l'entourage, sur l'état antérieur des malades et plus encore sur l'état des antécédents.

Les *causes déterminantes* de psychoses puerpérales ne sont

(1) La fragilité particulière de certaines races a été signalée. E. STECKER et F. EYOUTH ont trouvé une proportion de 36 % d'Israélites parmi leurs psychoses puerpérales. (*Arch. of Neurology and Psychiatry*, 1926, n° 2).

pas mieux élucidées que celles du terrain sur lequel elles évoluent.

Les causes psychiques (contrariétés, émotions violentes, etc.) ne jouissent plus aujourd'hui d'un grand crédit. Leur rôle est cependant indéniable dans certains cas (cf. observations LXII et LXIII). Il est probable qu'elles n'agissent que comme causes adjuvantes.

La plupart des auteurs retiennent surtout actuellement l'infection et l'auto-intoxication.

L'*infection* existe dans un grand nombre de cas (1).

Son rôle, dans beaucoup de ces cas, paraît démontré par l'amélioration nette ayant parfois suivi la suppression du foyer infectieux.

Mais comment agit-elle ? S'agit-il d'infection cérébrale primitive comme dans certains cas publiés ?

S'agit-il d'infection cérébrale secondaire à une infection utérine ? S'agit-il simplement de l'action sur le cerveau des toxines élaborées au niveau d'un foyer infectieux utérin ? On ne peut encore apporter de réponse précise.

L'*auto-intoxication* paraît aussi jouer un rôle important. Diverses causes auto-toxiques sont invoquées.

1^o L'hépatotoxémie sur laquelle a insisté Bar et qui se révèle par l'urobilinurie, la présence de sels biliaires dans les urines et de pigments biliaires dans le sang. (L'hypercholestérinémie étant un phénomène banal au cours de la gestation ne peut être retenue comme facteur toxique déterminant).

2^o L'intoxication d'origine intestinale, soit par troubles des sécrétions digestives, soit par produits de fermentations

(1) On pourrait même dire qu'elle existe presque toujours si l'on accepte la très large définition adoptée au Congrès de Strasbourg (août 1923) suivant laquelle « on catalogue infection puerpérale tous les cas dans lesquels la température — abstraction faite de celle de 24 heures après l'accouchement — a dépassé une seule fois 38° et se maintient à ce degré plus de 12 heures ». (*Iliesco*. Thèse Paris, 1925, p. 1).

pathologiques, soit enfin par stercorémie aggravée parfois de colibacillose.

Pierret et Trepsat ont insisté sur le rôle des désordres gastro-intestinaux dans l'origine des psychoses (1).

Tout récemment, Claude, Baruk et Forestier (2) ont publié des observations de psychoses d'origine colibacillaire (dont une gravidique) ayant évolué vers un état schizophrénique.

3° L'insuffisance rénale a été parfois invoquée. Son action semble exceptionnelle.

4° L'intoxication gravidique propre peut être due à l'œuf lui-même (villotoxémie, antigènes placentaires ou syncytiolysines) ou à l'arrêt de la fonction menstruelle (ménorrhémie).

5° Les troubles endocriniens semblent jouer un rôle important (3).

L'hyperfonctionnement peut amener la production de produits toxiques par leur abondance.

L'hypofonctionnement peut au contraire diminuer la fonction antitoxique dévolue aux glandes à sécrétion interne.

Pour Lévy-Valensi, les troubles endocriniens pourraient agir par un mécanisme différent : « L'appareil endocrinien... tient sous sa dépendance l'équilibre neuro-végétatif. Les

(1) « On note fréquemment aussi des accès fébriles, des *désordres gastro-intestinaux* coïncidant avec le début de la maladie. Et si l'on ne veut pas attribuer à ces troubles un rôle prépondérant dans l'étiologie de la démence précoce, il n'en reste pas moins évident qu'ils doivent fortement contribuer à leur éclosion. » Trepsat, Thèse, p. 30.

(2) H. CLAUDE, H. BARUK et J. FORESTIER, Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique. (*Soc. Méd. Psych.*, 8 décembre 1932) ; Cf. aussi : J. FORESTIER, Les psychoses colibacillaires. Thèse, Paris, 1933.

(3) Cf. en faveur de la théorie endocrinienne des psychoses puerpérales : Wilson CHRISTIE (*British med. journ.*, n° 3383), 1925 ; BRUNETELLI (*Folia gyn.*, vol. XXI, fasc. 3), 1925 ; MASSIERI (*Riv. ital. di gin.*, vol. IV, fasc. 2), 1926 ; RIO (*Riv. ital. di gin.*, vol. VI, fasc. 2), 1927. Cf. contre cette théorie : Miss SAUNDERS (*Amer. Journ. Psychiatry*, 8, 669), 1929.

Cf. aussi : LAIGNEL-LAVASTINE, Troubles mentaux par perturbation des sécrétions internes, 1908.

femmes enceintes sont, vous le savez, hypervagotoniques ou hypersympathicotoniques. Or MM. Garrelon et Sante-noise ont signalé que l'hypervagotonie prédispose à l'auto-intoxication. Ne serait-ce pas là l'explication de la facilité, chez certains sujets et dans certaines familles (Pinard), de l'auto-intoxication puerpérale ? » (1)

Le rôle du *corps thyroïde* semble particulièrement important. Son hyperfonctionnement est constant au cours de la grossesse. Des auteurs ont attribué certaines psychoses à l'affaiblissement de son pouvoir antitoxique (2). Une observation de Peachell (3) paraît confirmer cette manière de voir. Une femme de 34 ans, sans antécédents, fait au cours d'une grossesse un goître exophtalmique. Elle est traitée et guérie par des applications de rayons X. Six ans après, à l'occasion d'une autre grossesse, elle présente un état de manie aiguë avec confusion dont elle meurt. L'auteur attribue à l'hypo-fonctionnement de la thyroïde sclérosée par la radiothérapie, l'origine de sa psychose.

L'*ovaire* et le *corps jaune* ont probablement aussi une importance antitoxique considérable.

Pour Dupouy (1904), l'insuffisance ovarienne causerait des états dépressifs, alors que l'hyperovarie amènerait l'excitation maniaque. On sait d'autre part, que le corps jaune sécrète un lipoïde antitoxique.

L'altération de ces organes semble donc pouvoir être cause d'auto-intoxication.

Comme on le voit, le mécanisme de l'auto-intoxication puerpérale serait complexe. Là encore nous en sommes réduits à des hypothèses.

Comment pourrait-on parler de *pathogénie* alors que le problème étiologique est encore si embrouillé ?

(1) LÉVY-VALENSI, Les psychoses puerpérales. *Paris Médical*, mai 1929.

(2) RIEDEL, 1911.

(3) G. ERNEST PEACHELL, *Journal of Mental Science*, 1923, p. 83.

Un point semble cependant acquis : il s'agit d'une atteinte toxique ou infectieuse de l'encéphale.

La confusion mentale, absolument constante, en est la signature clinique.

Les observations anatomo-pathologiques de M. Marchand viennent nous en donner une preuve concrète.

Mais nous n'en savons pas plus.

Par quel processus les lésions observées ont-elles été produites ? Comment expliquer leur électivité de localisation ? Quelle est l'évolution de ces lésions dans les cas — heureusement les plus nombreux — qui échappent à l'examen nécropsique ? Comment expliquer que certaines aboutissent à une guérison durable alors que d'autres, après parfois un long silence clinique, se manifestent par de nouveaux troubles mentaux ?

Autant de problèmes complexes auxquels aucune solution définitive ne peut encore être apportée. Et ce sont pourtant là les problèmes essentiels. Ne possédant actuellement aucune base nous permettant de les aborder utilement, force nous est cependant de les laisser provisoirement dans l'ombre.

III. NOSOLOGIE. CLASSIFICATION

On a coutume d'englober sous le vocable de « psychoses puerpérales » tous les troubles mentaux qui surviennent pendant la puerpéralité (1).

Depuis longtemps de nombreux auteurs se sont élevés contre l'imprécision de ce cadre nosologique.

Ils voulurent y apporter des subdivisions (2). La variété et l'inconstance des formes seméiologiques d'une part, et, d'autre part, l'incertitude étiologique, les amenèrent — faute de mieux — à baser leur division sur la période d'apparition des troubles au cours de la puerpéralité.

Il y eût donc une *folie des femmes enceintes*, une *folie des nouvelles accouchées* et une *folie des nourrices* (Magnan).

Certains auteurs, entre autres Marcé et Morel, y ajoutaient une *folie transitoire* au moment de l'accouchement (3).

Mais on dût bien reconnaître que cette division n'était pas satisfaisante encore, puisque les mêmes types cliniques peuvent apparaître à toutes les périodes.

On s'attacha donc à serrer de plus près la symptomatolo-

(1) On entend par puerpéralité, suivant la définition classique de Monneret (1851), « l'état physiologique qui commence au moment de l'imprégnation, se continue pendant la grossesse, aboutit à la parturition et a pour dernier terme le sevrage et le retour de couches ».

(2) On a proposé, en particulier, des divisions selon leur étiologie et leur pathogénie (Olshausen, Guinsbourg) ou leur durée évolutive (Boutet).

(3) TARDIEU et MAGNAN rejetaient en principe l'existence de la folie transitoire : « Une semblable doctrine présenterait un grave danger au point de vue médico-légal, car elle permettrait d'innocenter toutes les nouvelles accouchées coupables d'infanticide. » (*Leçons Cliniques de MAGNAN. Compte-rendu in Gazette Médicale*, 17 mars 1877).

gie et on décrit des *petits accidents de l'état puerpéral* (troubles du caractère, états obsédants, envies), des *états aigus* (manie puerpérale, mélancolie puerpérale, etc.), et des *états neuro-psychiques* (éclampsie, polynévrite, etc.).

Actuellement, la plupart des auteurs incorporent ces divers états-syndromes dans des cadres plus larges, faisant surtout entrer en ligne de compte la notion du terrain sur lequel évolue la psychose.

Ainsi Porot (1) distingue : 1^o *Les accidents de nature constitutionnelle réveillés ou déclanchés par la puerpéralité* ; 2^o *les psychoses puerpérales vraies* se subdivisant à leur tour suivant leur forme.

De même, Dupouy et Courtois (2) n'envisageant que les psychoses gravidiques, les divisent en : 1^o *Psychoses de coïncidence*, relevant d'une constitution mentale anormale et où la grossesse intervient comme cause favorisante et aggravante ; 2^o *Psychoses gravidiques proprement dites*, directement déterminées par la grossesse et où ils distinguent les formes mentales pures et les formes associées à une atteinte névritique (psycho-polynévrites).

Certains auteurs, enfin, se basant sur le fait que les troubles mentaux de la puerpéralité n'ont rien de spécifique, mais sont la traduction banale d'un état toxi-infectieux évoluant sur un terrain prédisposé, refusent aux psychoses puerpérales une place nosologique distincte.

Pour eux il s'agit simplement de psychoses symptomatiques où la grossesse n'a joué qu'un rôle occasionnel. On doit donc les ranger, suivant les cas, dans des cadres nosologiques divers (confusion mentale, obsessions, bouffées délirantes, etc.).

Déjà, en 1893, Toulouse émettait une opinion analogue : « ...Il n'y a pas, à proprement parler, de psychoses post-puerpérales. Il y a seulement dans ce dernier groupe vésanique

(1) POROT, Syndromes mentaux puerpéraux. (*Science médicale*, 1927.)

(2) DUPOUY et COURTOIS, Des psychoses gravidiques et en particulier de la psycho-polynévrite, syndrome de Korsakoff (*Encéphale*, 1930).

des troubles intellectuels qui ressortissent à une cause, l'infection, qui leur imprime une allure spéciale, mais troubles intellectuels qui pourraient tout aussi bien être provoqués par une septicémie autre que la septicémie puerpérale » (1).

Plus récemment, Lévy-Valensi (2), considérant que les troubles mentaux puerpéraux se réduisent, en somme, soit à de la *confusion mentale*, soit aux manifestations d'un *terrain psychopathique* « fertilisé par la puerpéralité », écrivait : « ... Il n'y a pas de psychoses puerpérales, il y a des psychoses toxiques et infectieuses provoquées par la puerpéralité... » (3) et en effet, « la manie, la mélancolie, l'obsession peuvent apparaître en dehors de la puerpéralité sous une influence quelconque et sans influence si les tendances sont suffisamment fortes. Quant à la confusion mentale, elle n'a rien de propre à la puerpéralité » (4).

Enfin Dretler (5), après l'examen de 36 cas, croit pouvoir ranger les psychoses puerpérales en deux groupes :

1^o Les psychoses symptomatiques (survenant sans prédisposition après un accouchement compliqué) ;

2^o La schizophrénie (survenant sans cause apparente mais avec hérédité psychopathique).

Et il conclut catégoriquement qu'il « faut enfin mettre de côté l'idée des psychoses puerpérales comme ne préjugant en rien du type spécifique de l'affection ni du pronostic ».

*
* *

Nous reconnaissons parfaitement que le vocable de « psy-

(1) TOULOUSE, Délire infectieux de la période post-puerpérale, *Tribune Médicale*, 1893, p. 689.

(2) LÉVY-VALENSI, Psychoses puerpérales, *Paris Médical*, mai 1929.

(3) LÉVY-VALENSI, p. 504.

(4) *id.*, p. 503.

(5) JULIEN DRETLE, Sur les psychoses puerpérales, *Semaine Médicale des Hôpitaux de Paris*, décembre 1930.

choses puerpérales » recouvre actuellement des syndromes cliniques fort différents les uns des autres et dont l'étiologie et la pathogénie sont probablement variées.

Nous sommes persuadé que des connaissances pathogéniques plus précises amèneront la désagrégation progressive de cette entité nosologique en cadres plus restreints et mieux définis.

Mais nous pensons qu'actuellement, toute tentative de démembrement définitif est prématurée.

Malgré le chaos des hypothèses pathogéniques, les psychoses puerpérales sont une réalité clinique. Aussi, nous continuerons, provisoirement, à les considérer comme un tout et nous les étudierons dans leur ensemble.

Comme les anciens auteurs, nous les placerons dans le vaste cadre des « troubles mentaux d'origine toxi-infectieuse » ; comme eux, nous les diviserons en *psychoses gravidiques*, en *psychoses post-puerpérales* et en *psychoses d'allaitement*.

Nous étudierons leurs diverses formes cliniques en nous basant, comme la plupart des auteurs, d'une part sur le syndrome clinique et son évolution, d'autre part sur l'étiologie lorsqu'elle semble évidente.

Cependant, nous nous proposons, d'insister d'une façon particulière sur un groupe de psychoses post-puerpérales qui mérite d'être isolé, à la suite des travaux de Toulouse, Marchand et Courtois sous le nom d'*Encéphalites psychosiques post-puerpérales*.

Elles se distinguent en effet comme nous le verrons :

1^o Par un syndrome clinique presque toujours le même, rappelant fréquemment celui du délire aigu ;

2^o Par un pronostic vital immédiat et un pronostic mental éloigné graves ;

3^o Par l'existence de lésions encéphalitiques bien mises en évidence par les travaux de Marchand.

Elles sont un cas particulier du groupe plus général des **Encéphalites psychosiques secondaires** décrit par ces auteurs (1).

(1) TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS, Les encéphalites psychosiques secondaires, *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931.

DEUXIÈME PARTIE

Les Faits

ETUDE SÉMÉIOLOGIQUE

Si les types cliniques de psychoses puerpérales sont très variés quant à leur mode d'apparition, leur évolution et leur pronostic, ils présentent par contre presque tous de grandes ressemblances au point de vue séméiologique.

Un certain nombre de symptômes et de syndromes s'y rencontrent avec une fréquence telle que nous jugeons utile de leur consacrer une rapide étude préliminaire.

Nous n'insisterons pas sur ce qu'on a convenu d'appeler les *petits accidents de la puerpéralité* (1). Certains d'entre eux méritent à peine d'être considérés comme pathologiques. Comme le fait remarquer Marcé (2) « la grossesse est, avec la menstruation, un de ces états physiologiques qui, tout en entrant dans le but de la nature, avoisinent l'état morbide ». De cet ordre sont les troubles du caractère et les désirs obsédants ou « envies » que l'on retrouve en dehors de la puerpéralité dans tous les états meiopragiques (convalescences prolongées etc.) et qui ne prennent d'importance que chez les sujets particulièrement capricieux ou débiles.

(1) On trouvera une étude détaillée de ces troubles dans l'article de VIGNES et CODET : Les états mentaux de la femme enceinte (*Progrès Médical*, 15 décembre 1923).

(2) MARCÉ, De la folie des femmes enceintes, p. 20.

On connaît depuis longtemps l'importance des chocs émotifs comme cause déclanchante de ces petits accidents (1).

Lorsque le terrain est particulièrement prédisposé on peut voir apparaître de petits états anxieux, parfois aggravés de tendances impulsives, amenant dans quelques cas des réactions médico-légales (kleptomanie, impulsion à l'incendie, etc.) ou, rarement, le suicide.

Bien plus importants sont un certain nombre de *désordres fondamentaux* que l'on retrouve avec une constance presque absolue dans tous les syndromes puerpéraux.

Ce sont la *confusion mentale* souvent accompagnée d'*onirisme*, l'*anxiété*, les *états d'excitation* et les *états de dépression* (2).

La *confusion mentale* est sans contredit le symptôme essentiel et dominant.

Elle peut aller de la simple obnubilation intellectuelle avec sentiment d'étrangeté jusqu'à la confusion la plus profonde avec stupeur et même état catatonique, mais elle existe toujours.

Les autres symptômes, groupés, suivant les cas, de façon plus ou moins complète, lui font cortège.

L'*onirisme* est un phénomène fréquent.

Il s'agit souvent simplement d'une suite de tableaux incohérents ou d'un symbolisme hermétique.

Ainsi, une de nos malades (obs. LXXV) se voyait « dan-

(1) VAN SWIETEN rapporte qu'à Harlem, une marque particulière était placée à la porte de la maison des femmes enceintes : devant ce signe devaient s'arrêter les huissiers et tous les gens de justice (*Morbi puerperii* par 1327, cité par MARCÉ).

(2) Nous ne voulons pas retracer ici la description clinique complète de ces divers états. A part quelques légères nuances — que nous tenterons de mettre en valeur — ces troubles se présentent dans les psychoses puerpérales tels qu'ils sont décrits dans les autres psychoses. Aussi, nous pouvons presque faire nôtre le conseil de LÉVY-VALENSI : « Lisez les *Obsessions* dans PITRES et RÉGIS, lisez la *Manie* et la *Mélancolie* dans les leçons de Gilbert BALLET, la *Confusion mentale* dans RÉGIS, et vous saurez tout ce qu'il faut savoir des psychoses puerpérales. » (*Paris Médical*, mai 1929).

sant en ange »... « Il y en avait une qui tenait un pot de chambre plein de sang et qui disait qu'elle était un ange. » Cela voulait dire qu'elle souffrirait aussi comme elle...

La même voyait son mari dans le mur. A d'autres moments elle se voyait poursuivie par un noyé qui « était encore bien vivant et venait l'embêter ».

D'autres entendent des menaces. Il s'agit fréquemment de leur enfant. On le tue ou on annonce qu'on va le tuer. Ou bien c'est la malade elle-même qui est en cause. Elle se défend alors contre ses invisibles interlocuteurs.

Plusieurs auteurs ont déjà noté (nous l'avons nous-même vérifié bien souvent) la fréquence des visions de sang répandu chez ces malades.

L'anxiété accompagne presque toujours l'onirisme. Cependant elle ne semble pas avoir de rapport direct d'intensité avec ce dernier. On peut voir l'onirisme le plus terrifiant (vipères montant dans les jambes, poignards ensanglantés, annonce d'être coupée en morceaux) ne s'accompagner que d'un léger état anxieux. Inversement, les états anxieux les plus impressionnants peuvent ne s'accompagner que de faibles éléments hallucinatoires.

L'anxiété est parfois vide, panophobique. Souvent elle s'accompagne de thèmes mélancoliques. Enfin, dans un grand nombre de cas, une légère anxiété mêlée à la confusion produit un sentiment d'étrangeté avec craintes diffuses et attitude interrogative. Ces états sont presque toujours accompagnés d'une vague conscience de la maladie. Ils servent parfois de base à des idées de persécution, presque toujours très floues.

Rien ne peut mieux rendre compte de cet état d'esprit que la lettre qu'une de nos malades envoyait à son mari et dont nous voulons reproduire les passages principaux :

« Mon cher Marcel, je suis navrée d'être sans nouvelles. Où sont les petits ? Je suis désorientée de me voir dans cet état, je me vois désolée et bien triste de me voir traiter bes-

tialement... Qu'est-il arrivé ?... je ne sais rien. J'ai froid... Continuellement des questions auxquelles je ne puis répondre exactement, pour les dates puisque tu as mes papiers...

Quelle cabale montée contre moi ? Je ne sais même où je suis transportée... J'entends rire et je pleure toujours. Où êtes-vous ? Je tremble comme à l'approche d'un malheur ! Rien que des visages rébarbatifs, pourquoi ? Cette méchanceté accumulée contre nous ! Je suis désolée et ma tête est meurtrie... Où suis-je ? je me le demande, puisqu'il y a erreur de nom et adresse avec changements de domicile, etc... »

Lorsque la confusion et l'anxiété sont plus intenses, le sentiment d'étrangeté peut devenir un véritable sentiment de transformation corporelle avec parfois idées de négation et de mort. Une de nos malades répétait souvent : « Je suis tuée, c'est mon frère qui est dans ma peau... etc. »

D'autres se croient aux enfers, leur corps n'existe plus.

Les *états d'excitation* sont les syndromes cliniques les plus fréquents. Ce sont les « manies puerpérales » des anciens auteurs.

Il s'agit souvent d'une *agitation confuse* avec manifestations bruyantes, gestes désordonnés, cris, violences, bris d'objets. C'est cette agitation qui, bien des fois, impose l'internement.

Dans d'autres cas, c'est simplement une *activité motrice subcontinue*, sans suite, avec fréquemment retour stéréotypé des mêmes gestes.

Ces formes d'agitation se rencontrent surtout dans les délires aigus post-puerpéraux.

Enfin, dans un très grand nombre de cas, il s'agit d'une *excitation psycho-motrice* rappelant la manie, mais à laquelle la confusion vient donner une teinte désordonnée et incohérente. Elle se différencie de la manie franche par une inventivité moins grande, des stéréotypies plus fréquentes. L'observation de l'entourage est considérablement émoussée

par l'état confusionnel, et la causticité, qui se nourrit habituellement de cette observation, se trouve infiniment réduite.

Les états de *dépression* peuvent se présenter sous divers aspects.

Lorsqu'ils surviennent au début de la grossesse, ou, au contraire, pendant l'allaitement, ils peuvent ne consister qu'en un *léger syndrome mélancolique* avec apathie, sentiment d'infériorité, hypocondrie, découragement. Ce syndrome peut parfois s'accompagner de quelques idées délirantes, en particulier de persécution vis-à-vis de l'entourage ou d'auto-accusation. Les mêmes thèmes reparaissent souvent, généralement sous forme de craintes obsédantes : on leur a pris leur mari, on veut les rendre malades ou même les faire disparaître, leur foyer sera détruit, c'est leur faute, elles n'ont pas su l'empêcher, mieux vaut pour elles la mort, etc...

Au contraire, pendant la période post-puerpérale, la confusion mentale aiguë peut prendre un masque de *mélancolie grave*. Les thèmes sont alors fournis par les hallucinations : elles ont gravement fauté, on va les faire mourir, elles l'ont mérité. On voit dans certains cas apparaître un véritable syndrome de Cotard : leur corps est détruit, elles sont mortes.

On a signalé enfin des formes débutant par un délire systématisé. Nous n'en avons pas rencontré (1).

*
* * *

Au point de vue *physique*, les psychoses puerpérales n'ont pas de symptomatologie bien particulière. On retrouve chez elles les signes communs à tous les états puerpéraux.

(1) RUBINOVITCH (*Bull. et mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*), 1899 ; RUBINOVITCH et VLAIVIANOS (*C. R. du Congrès intern. de médecine*, 1900, Section de Psychiatrie) (d'après Gilbert BALLEZ, *Traité de Pathologie Mentale*).

Il s'agit d'une femme jeune, au teint laiteux et diaphane, au facies souvent amaigri. On note quelquefois une légère teinte subictérique des téguments, souvent aussi, une pigmentation plus ou moins intense des seins et de la ligne blanche.

Une légère exophtalmie et une augmentation du volume du corps thyroïde sont fréquemment observés.

La confusion, enfin, donne au visage un air égaré. Les pommettes parfois sont rosies par la fièvre. Les lèvres sont sèches, le regard est lointain.

L'amaigrissement est variable. A la suite des états confusionnels aigus, on note avec une fréquence remarquable une augmentation importante et rapide de poids, presque toujours supérieure à l'amaigrissement qui avait précédé. Cette augmentation débute ordinairement à la fin de la crise confusionnelle ou, parfois, au moment du retour de couches. Elle est en moyenne de l'ordre de trois kilos en quelques semaines.

La *température* est variable selon les cas.

Lorsqu'il s'agit de délire lié à une infection aiguë elle atteint fréquemment 40° et s'y maintient pendant plusieurs jours.

Dans les encéphalites psychosiques post-puerpérales on la voit souvent, après un crochet à 39° ou 40°, se stabiliser autour de 38°. Quelquefois même elle disparaît complètement.

Dans les cas à évolution mortelle, elle monte progressivement et peut atteindre au moment de la mort des chiffres très élevés (41°8 dans une de nos observations).

La *sensibilité* est nettement émoussée.

Les malades réagissent très peu à la piqûre et au pincement. La ponction lombaire semble parfaitement indolore.

Marcé avait déjà noté chez ses malades « le peu d'intensité

et même l'absence totale des douleurs pendant le travail de l'enfantement » (1).

Le réflexe cornéen est souvent diminué. Les réflexes tendineux sont fréquemment exagérés. On ne constate habituellement aucun autre signe neurologique.

*
* *

Au point de vue biologique, la présence dans les urines d'urobiline, de sels biliaires et d'albumine est à peu près constante.

Dans le sang, on trouve presque toujours un taux de cholestérine nettement augmenté.

Le taux de l'urée et des chlorures est le plus souvent normal. Cependant, dans les cas évoluant vers la mort, on voit presque toujours le taux de l'urée sanguine augmenter de jour en jour jusqu'à atteindre des chiffres considérables (4 à 5 grammes).

A. Courtois a bien mis en évidence la valeur pronostique de ce symptôme (2).

La formule sanguine est presque toujours modifiée : diminution nette du nombre des hématies et hyperleucocytose.

Le liquide céphalo-rachidien est normal dans la majorité des cas. Dans un travail récent, Courtois et Mareschal (3) ont signalé quelques modifications intéressantes. Sur 15 cas examinés, ils ont trouvé 3 fois une légère lymphocytose (6 à 12 lymphocytes) et une légère albuminose (0 gr. 50 en-

(1) MARCÉ, *op. cit.*, p. 93.

(2) A. COURTOIS, De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës (*Soc. Biologie*, 13 avril 1929) ; A. COURTOIS et M^{lle} RUSSEL, Note sur la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës (*Soc. Clin. Méd. Ment.*, 16 mai 1929).

(3) A. COURTOIS et P. MARESCHAL, Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale (*Soc. Méd. Psychol.*, 24 novembre 1930).

viron). Ces modifications indiqueraient l'existence d'un processus méningé actif.

Mais il ne faut pas oublier que, dans les syndromes confusionnels, les modifications du liquide céphalo-rachidien régressent presque toujours rapidement et que, comme le pense Courtois, « cette fugacité des modifications liquidiennes explique, pour une grosse part, leur rareté apparente » (1).

Enfin, dans les cas à évolution mortelle, on trouve presque toujours une augmentation progressive et importante du taux du glucose et surtout des chlorures et de l'urée (2).

LES SÉQUELLES

Nous verrons que, si parfois les psychoses puerpérales guérissent d'une façon sensiblement complète, elles laissent le plus souvent à leur suite des troubles psychiques plus ou moins graves.

Dans ces cas, on peut schématiquement considérer trois éventualités.

I. — Pour certaines malades, lorsque les accidents aigus ont rétrocedé (de quinze jours à plusieurs mois après le début des troubles) il ne subsiste qu'un certain nombre de *troubles légers*, habituellement attribués à la fatigue, et la sortie est autorisée.

Mais on ne tarde pas à s'apercevoir que ces troubles sont durables pour ne pas dire définitifs.

Si ces malades sont revues plusieurs années après la

(1) A. COURTOIS, Sur certaines modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique (*Ann. Méd. Psych.*, octobre, 1929).

(2) On trouvera dans nos observations les résultats détaillés des divers examens pratiqués.

psychose, on peut en effet constater, comme l'a noté Aschaffenburg, « de l'indifférence affective, un manque d'intérêt pour ce qui les entoure, certaines façons bizarres de parler et de se tenir, des rires injustifiés, un mutisme non motivé, etc. »

Il s'agit le plus souvent d'un *syndrome aprosexique* avec diminution plus ou moins accentuée de la mémoire et de l'attention, accompagné de paresse intellectuelle et d'aboulie.

On note fréquemment aussi un certain nombre de troubles de l'affectivité et du caractère, se traduisant par quelques tendances interprétatives (jalousie, préjudice etc.), et des variations de l'humeur.

II. — Dans d'autres cas, au bout d'un temps pouvant varier de quelques mois à plusieurs années, peut se développer, sur le fond de léger affaiblissement psychique dont nous venons de parler, un syndrome mental affectant presque toujours la forme d'une psychose paranoïde. Cette psychose, habituellement, a été précédée d'une ou plusieurs récidives confusionnelles. Elle est elle-même, parfois, teintée de confusion, au moins à son début.

On voit alors apparaître, le plus souvent après une phase d'anxiété avec obsessions et interprétations non systématisées, un syndrome d'automatisme mental accompagné d'un délire presque toujours incohérent.

On peut aussi observer un délire mélancolique ou plus rarement un délire systématisé de persécution.

Dans quelques cas enfin, apparaît un état de stupeur qui évolue plus ou moins rapidement vers un syndrome démentiel, avec mutisme, gestes stéréotypés, parfois catatonie.

III. — Certaines psychoses puerpérales, enfin, évoluent directement vers la chronicité. A la phase de confusion aiguë succède sans transition bien nette une véritable « con-

fusion chronique » dans laquelle on retrouve des éléments hallucinatoires autour desquels se développent parfois des idées délirantes.

Dans quelques cas, il s'agit d'un état de stupeur entrecoupé, de temps à autre, par des accès d'agitation incohérente.

Peu à peu, la confusion s'atténue et laisse apparaître la démence.

Les certificats de situation de ces malades mentionnent presque tous : « Etat paranoïde », « Confusion mentale hallucinatoire », « Démence précoce à forme paranoïde » etc.

Classification des faits

La plupart des auteurs, n'étudiant généralement les psychoses puerpérales que dans leur période aiguë se sont vus contraints, pour classer leurs observations, de se baser soit sur leur *aspect clinique* (manie, mélancolie, etc.) soit sur la *cause supposée* des troubles (infection, auto-intoxication, etc...).

Nous avons vu (tous les auteurs, d'ailleurs, le reconnaissent, et l'on pourra facilement s'en rendre compte par la lecture de nos observations), que les mêmes aspects cliniques pouvaient apparaître, à quelques nuances près, à toutes les époques de la puerpéralité et sur les terrains les plus divers. Ils ne permettent d'autre part aucune conclusion pronostique.

Nous avons aussi souligné l'imprécision de nos connaissances actuelles en matière d'étiologie. Aussi, il nous semble hasardeux d'affirmer que la psychose est due à telle cause plutôt qu'à telle autre. Nous ferons une exception, cependant, pour les cas où les troubles mentaux ont coïncidé, tant pour leur apparition que pour leur durée, avec une infection puerpérale nette.

Certains auteurs ont essayé déjà de classer leurs cas d'après leur évolution plus ou moins lointaine. Se basant sur un nombre restreint de faits, ils ont été amenés à reconnaître certaines catégories dont l'existence est cependant indéniable (1).

Profitant du matériel clinique relativement considérable que nous avons pu recueillir à l'hôpital Henri Rous-selle, nous avons à notre tour essayé de grouper nos observations d'après le schéma de leur évolution.

Et nous nous sommes aperçu que, si l'on fait abstraction des détails du tableau clinique — si décevants à la fois par leur polymorphisme et leur uniformité — pour ne retenir que l'enchaînement de la suite des faits, les cas se groupent presque tous d'eux-mêmes en un nombre assez restreint de catégories.

Tout d'abord, nous maintiendrons la division classique en *psychoses gravidiques*, *psychoses du post-partum* et *psychoses de la lactation*.

Cette division se justifie, en effet, en dehors des motifs chronologiques évidents, par :

1^o des *raisons pathogéniques* :

Les psychoses gravidiques semblent le plus souvent imputables à l'*auto-intoxication*.

Les psychoses du post-partum sont fréquemment dues à des *processus infectieux*.

Les psychoses de la lactation sont généralement attribuées à un facteur hypothétique d'*épuisement*.

2^o des *raisons thérapeutiques* qui découlent des précédentes :

Aux psychoses gravidiques, on opposera un traitement antitoxique et souvent même l'avortement provoqué.

(1) Ils n'admettent généralement que deux catégories de faits :

1^o Les psychoses symptomatiques (infectieuses ou autotoxiques) à pronostic variable ;

2^o Les démences précoces faisant des bouffées confusionnelles à l'occasion de la grossesse.

Les psychoses du post-partum seront justiciables de traitements chirurgicaux et anti-infectieux.

Contre les psychoses de la lactation on utilisera les médications toniques et l'isolement.

Les psychoses gravidiques nous retiendrons peu.

Relativement rares (1), elles évoluent presque toujours sur un terrain prédisposé.

Nous étudierons tout d'abord les *formes psychiques pures*, puis, sous le nom d'*états neuro-psychiques* nous passerons rapidement en revue les formes associées à des syndromes neurologiques tels que polynévrite, chorée, épilepsie et éclampsie.

Les psychoses post-puerpérales de beaucoup les plus nombreuses, sont le principal objet de cette étude.

Nous verrons successivement :

a) *Les encéphalites psychosiques aiguës post-puerpérales*, caractérisées, lorsqu'elles apparaissent d'emblée, par :

1^o le début brusque, du 2^{ème} au 15^{ème} jour après l'accouchement, d'un état confusionnel aigu hallucinatoire ;

2^o des lésions anatomo-pathologiques d'encéphalite ;

3^o une évolution :

soit vers la mort,

soit vers la chronicité,

soit vers une guérison apparente avec un pronostic mental éloigné très réservé.

Elles peuvent aussi succéder aux formes suivantes.

b) *Les délires fébriles infectieux*, caractérisés par l'apparition, chez des femmes ne présentant pas d'antécédents

(1) RÉGIS admet 17 % de psychoses gravidiques contre 55 % de psychoses du post-partum et 27 % de psychoses de la lactation. Nos observations nous fournissent une proportion bien différente : 5,5 % de psychoses gravidiques contre 80,6 % de psychoses du post-partum et 6,2 % de psychoses de la lactation.

psychopathiques personnels importants, d'un syndrome confusionnel aigu lié par son début, son évolution et sa terminaison, à un état infectieux défini accompagné de température élevée (rétention placentaire, phlébite, etc.).

c) Les *psychoses post-puerpérales à début progressif*, groupe imprécis de formes probablement intermédiaires entre les deux précédents et pour lesquelles il n'est pas possible de décider la part qui revient aux différents facteurs invoqués.

Elles présentent les caractères suivants :

Terrain très fréquemment prédisposé ; début progressif du délire, s'opposant au début brusque des deux formes précédentes.

Les psychoses de la lactation, comme les psychoses gravidiques, ont besoin, pour se développer, d'un terrain particulièrement favorable.

Elles apparaissent de 15 jours à 6 mois après l'accouchement. Leur évolution est habituellement traînante.

Enfin, dans un dernier groupe d'observations, nous étudierons les manifestations morbides que déclanche parfois la puerpéralité au cours d'une affection mentale déterminée.

Au sens de la définition que nous avons adoptée (psychoses survenant au cours de la puerpéralité), ce sont des psychoses puerpérales.

Leur symptomatologie, par ailleurs, se confond souvent avec celle des autres psychoses de la puerpéralité.

Cependant, elles ne sont que la manifestation occasionnelle d'une constitution morbide sous-jacente.

Par analogie avec d'autres épisodes pathologiques dits « symptomatiques » d'une maladie, nous les appellerons *psychoses symptomatiques*, à défaut de désignation plus satisfaisante.

Ces psychoses peuvent apparaître au cours de toutes les

affections mentales. On les rencontre de préférence au cours des états cyclothymiques et des démences précoces.

Nous ne nous dissimulons pas tout ce qu'a d'artificiel et de provisoire une telle classification.

Le groupe des psychoses à début progressif, en particulier, contient certainement des faits disparates qu'aucun critère bien précis ne permet de classer avec exactitude.

D'autre part, nous n'avons appelé « encéphalites psychiques », que les cas ayant reçu une confirmation anatomo-pathologique et ceux dont la symptomatologie était exactement calquée sur la leur. Il est probable cependant que bien d'autres cas mériteraient aussi ce nom. Mais ce n'est encore pour eux qu'une hypothèse.

Pour si imparfaite qu'elle soit, notre classification aura au moins un mérite, c'est de ne pas être le fruit d'hypothèses ou d'interprétations hasardeuses, mais de découler directement de l'examen objectif des faits.

LES PSYCHOSES GRAVIDIQUES

Nous ne voulons parler ici que des troubles mentaux accompagnés ou non de syndrome neurologique et apparus au cours de la grossesse.

Nous étudierons en effet plus loin les troubles mentaux symptomatiques d'une affection mentale antérieure à la puerpéralité.

Nous éliminons aussi les petits troubles de l'humeur et du comportement si fréquents au cours de la gravidité, mais qui ne méritent pas le nom de psychoses.

Ainsi limitées, les psychoses gravidiques sont rares. Elles correspondent à 5,5 % de nos observations.

Nous passerons rapidement sur leur étude, nous réservant d'insister sur les psychoses du post-partum.

Nous verrons successivement :

- a) les syndromes psychiques purs.
- b) les états neuro-psychiques.

A. — SYNDROMES PSYCHIQUES PURS

Ils peuvent apparaître à toutes les périodes de la grossesse.

Ceux qui se manifestent dès le début de la grossesse paraissent fréquemment s'amender. Au contraire, ceux qui apparaissent à partir du 5^e ou 6^e mois et qui évoluent progressivement ont un pronostic réservé. La psychose se con-

tinue souvent après l'accouchement et devient une menace de démence pour l'avenir.

En voici un exemple :

OBSERVATION I. — Mme A... Pauline, 29 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 25 juin 1928. A toujours été débile. Elle est au terme d'une grossesse ayant évolué normalement. Les troubles mentaux ont débuté à Baudelocque où elle était depuis quelques jours. Confusion mentale avec idées de persécution, se plaint d'avoir été maltraitée.

Accouchement normal le 28 juin au Pavillon de Chirurgie. A son retour, même état de confusion avec idées mélancoliques, pleurs, disputes continues, violences contre son mari « parce qu'il ne l'emmène pas ».

Se perd dans le dortoir, ne retrouve pas son lit, prend les affaires de ses voisines de chambre.

Réflexes tendineux vifs. Inégalité pupillaire légère. Liquide céphalo-rachidien normal.

Elle est placée à l'asile le 27 juillet.

Son état semblant devoir évoluer vers la chronicité, elle est transférée à Clermont (Oise) le 30 août 1928.

Dans tous les cas de psychoses gravidiques que nous avons pu observer et dans presque toutes les observations que nous avons pu consulter, on trouvait *un terrain nettement prédisposé* soit qu'il s'agisse d'hérédité psychopathique ou simplement alcoolique, soit que la malade ait toujours été une débile ou une déséquilibrée.

Quelquefois cette fragilité spéciale du système nerveux vis-à-vis de la toxémie gravidique se manifeste au cours de plusieurs grossesses successives. Il en est ainsi dans l'observation suivante :

OBSERVATION II. — Mme G... Marthe, 25 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 3 novembre 1931.

Au cours d'une première grossesse (1926), dépression, anxiété.

Tentative de suicide (pendaison). Ces troubles ont persisté durant 6 à 7 mois.

Au cours de sa deuxième grossesse, paralysie faciale sans troubles mentaux.

Au cours de sa troisième grossesse, dépression, émotivité, obsessions. Accouchement le 4 octobre 1931. Depuis, aggravation des troubles. Voulait se suicider avec son enfant. Pleurs, anxiété, pas de confusion. Pupilles inégales. Examens humoraux normaux.

Sort légèrement améliorée le 22 novembre 1931.

Les *formes mentales* sont, soit purement confusionnelles, soit confusionnelles et délirantes.

La confusion peut aller de la simple obnubilation mentale aux états d'inertie totale avec refus d'aliment et gâtisme.

Le délire est presque toujours mélancolique. Il s'accompagne souvent d'onirisme et d'anxiété et peut amener des réactions suicide.

L'évolution est variable.

Dans quelques cas, on observe au bout de quelques semaines une disparition totale des troubles mentaux.

Mais le plus souvent, les troubles s'aggravent progressivement jusqu'à aboutir à un état confusionnel profond avec atteinte sérieuse de l'état général.

Parfois, l'accouchement (1) amène une rémission passagère, très rarement il amène la guérison. Par contre, un arrêt de la grossesse, suffisamment précoce (soit par mort du fœtus, soit par avortement provoqué), semble avoir une heureuse influence, au moins temporairement, sur l'évolution des troubles. La guérison, lorsqu'elle se produit, n'est définitive qu'au bout de plusieurs mois.

Souvent, au contraire, après quelques éclaircies trompeuses, s'installe un état démentiel chronique.

(1) Nous avons déjà noté l'indolence toute particulière des accouchements au cours des psychoses puerpérales.

Nous allons donner ci-dessous une observation détaillée particulièrement instructive entièrement rédigée par M. A. Courtois (1) :

OBSERVATION III. — M^{me} M... Ernestine, 26 ans, venant de la Maternité de la Charité, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 22 janvier 1930.

Antécédents : Père alcoolique, mère bien portante, deux frères tués à la guerre, six frères ou sœurs bien portants, une sœur névropathe (accès mélancoliques), trois frères ou sœurs morts en bas âge dont deux de méningite. Elle-même a toujours été bien portante, mais elle est arriérée. Elle sait lire et compter suffisamment pour tenir son ménage, mais elle ne sait pour ainsi dire pas écrire. Elle n'a pas jusqu'à ces temps derniers présenté de troubles mentaux. Mariée, une fille de trois ans et demi bien portante, pas de fausse couche. C'est sa deuxième grossesse, et elle est enceinte de quatre mois et demi environ. Des vomissements, qui n'ont pas duré, ont marqué le troisième mois de cette grossesse.

Depuis quelques mois, à peu près depuis le début de sa grossesse, elle est devenue excessivement jalouse, faisant des scènes à son mari et même à des voisines qu'elle soupçonnait. Mais jusqu'au 18 janvier elle a parfaitement tenu son ménage. C'est brusquement, dans la nuit du 19, qu'elle présente un état anxieux. Réveillée vers minuit, elle crie, dit qu'on vient pour l'égorger, la violer, ne reconnaît plus son mari, appelle au secours puis, dans une fuite panophobique, sort en criant, et, à peine vêtue, court frapper chez des voisins en escaladant un mur. Comme on n'ouvre pas, elle court plus loin et on ne peut la rejoindre qu'à trois heures du matin. Chez elle, l'anxiété persiste, elle croit qu'on va la voler, que son beau-père et son mari vont la tuer et tuer son enfant.

Dans le service, à l'entrée, outre cette anxiété on constate un état de confusion mentale manifesté déjà par les propos spontanés de la malade : « Je ne sais pas, je ne sais plus rien, tout est changé, on a changé l'heure, tout est tourné, je ne peux plus savoir, je ne suis

(1) MM. R. DUPOUY et A. COURTOIS, ont publié cinq autres observations auxquelles nous renvoyons le lecteur (DUPOUY et COURTOIS, Des psychoses gravidiques, *Encéphale*, avril, 1930).

pas folle, j'ai des crises de nerfs... C'est changé, j'ignore si on est en hiver... je ne peux pas savoir... C'est une folie douce... j'ai vu des mouches qui venaient me chercher... on m'a ensorcelée... pour aller dans la terre... c'est celle qui m'a mis dans mon lit. » Elle présente des illusions visuelles et des hallucinations auditives, on dit qu'elle est folle, qu'elle buvait, qu'on va la faire enfermer, qu'elle a un phonographe dans le ventre, qu'elle a une dent en or...

Dans la salle, elle voit des mouches, des hirondelles et des pigeons. D'autres fois elle parle de sorcières qui font mourir tous les petits, et elle s'agite en annonçant que tout va sauter.

Elle présente de fausses reconnaissances : tel médecin est un docteur J... de Saint-Brieuc où elle faisait le ménage, l'autre c'est Victor, un voisin, une infirmière est une de ses anciennes patronnes chez qui elle était cuisinière...

Les réponses aux questions précises sont difficiles à obtenir. Elle ignore la date actuelle, le mois, ne peut donner l'année. La fin de la guerre ? Je ne me rappelle plus... je sais qu'on a sonné les cloches... j'étais innocente... on arrachait les pommes de terre. On avait fini de ramasser les blés... je cherche à comprendre et tout est changé...

Parfois, elle manifeste des idées de persécution, se plaint de son mari, d'une femme de son pays qu'elle accuse d'avoir des rapports avec lui. Elle accuse aussi les sœurs de la rue Parmentier de l'avoir ensorcelée, de lui avoir dit qu'elles lui feraient avoir une fausse couche.

Tout à coup elle se lève et veut fuir, crie son innocence : elle n'a rien fait, pourquoi veut-on la conduire à la guillotine et la couper en morceaux ?

Les réflexes tendineux sont très vifs et la zone réflexogène très augmentée. Pas de signe de Babinski. Réflexe labial vif. Palmo-mentonnier à gauche seulement. Quelques secousses péribuccales. Tremblement digital. Hyperhydrose palmaire. Corps thyroïde un peu gros. Langue saburrale, lèvres desséchées. Fièvre légère : 37°8-38° le 23 janvier.

Les jours suivants, l'état confusionnel persiste, les idées de persécution se précisent. Elle accuse violemment son mari de la tromper ; dans la salle elle reconnaît sa maîtresse, l'invective continuellement, ou bien chante à tue-tête pendant des heures le même refrain. L'agitation motrice reste cependant d'abord assez modérée,

mais monte vite. Les hypnotiques sont nécessaires (sédol, somnifène intra-veineux), mais n'amènent qu'un calme passager. Gâtisme volontaire. L'excitation psychique n'a pas tendance à s'atténuer. La malade commence à refuser les aliments par crainte d'empoisonnement. La température est toujours sub-fébrile.

Dès la fin de janvier, l'interruption de la grossesse est proposée. Le Dr Desnoyers, consulté, accepte. Profitant d'une accalmie légère dans l'état d'agitation, la malade est transportée le 7 février à la Maternité de Port-Royal où l'évacuation utérine est pratiquée. Intervention et suites simples. Le 15, la malade est de retour dans le service. Elle est transformée, l'agitation est complètement tombée. Il persiste un état de confusion profonde. La malade ne peut dire d'où elle vient mais sait être revenue dans l'hôpital d'où elle était sortie. Elle ignore l'année, connaît le mois, mais ne sait ni la date ni le jour. Elle reconnaît les infirmières, mais ignore leurs noms. L'attention est vite fatiguée et après quelques questions, elle ne fait plus effort pour répondre. La feuille de surveillance signale l'amélioration psychique évidente, mais aussi des bizarreries de comportement, c'est ainsi que la malade distribue ses provisions à ses voisines de lit « croyant » qu'elles ne sont pas à elle. L'alimentation est facile et spontanée.

Malheureusement, le mari qui croit sa femme « guérie » désire la reprendre. Elle sort prématurément, contre l'avis du médecin, le 23 février.

Les premiers jours de la vie au dehors sont d'ailleurs assez favorables. A sa première visite, l'assistante sociale qui suit la malade, la trouve occupée aux travaux de son ménage, mais elle paraît très nerveuse et le mari dit qu'elle « se fait encore des idées ». Elle prétend qu'une force supérieure la dirige, qu'on lui a retiré ses organes. Malgré les conseils, la malade refuse de revenir à l'hôpital et bientôt l'état s'aggrave. Colères violentes sans motif valable, ne veut plus voir son enfant, accuse son mari de l'avoir tué, et le mari admet alors qu'elle est encore bien atteinte. Le 8 mars, il réussit à la ramener dans le service. On y constate une reprise de l'état confusionnel et hallucinatoire : elle entend son mari, on l'appelle, à chaque instant elle court voir à la porte. On l'accuse « de tout », on la tourmente. Gémissements, désespoir, pleurs.

Puis l'état s'améliore lentement. La malade reste inactive, couchée toute la journée, elle ne prend guère soin d'elle-même, s'alimente médiocrement. De temps en temps, petite bouffée d'excitation qui tombe vite, se met à chanter, à danser dans le dortoir, puis éclate de rire. Elle refuse de s'occuper, ne s'intéresse guère à l'entourage. L'affectivité, d'ailleurs, semble conservée. Elle s'intéresse aux siens, prend des nouvelles de ses parents, de sa fille, de son mari et manifeste maintenant à leur égard des sentiments normaux.

Souvent elle se présente comme une hypomaniaque légère, avec réparties ironiques, moqueries, hostilité. La confusion mentale est complètement dissipée. Elle conserve une amnésie relative de la période qui a précédé l'interruption de la grossesse. Elle reconnaît le caractère pathologique de ses réactions et des idées qui les provoquaient.

Elle sort définitivement le 1^{er} mai 1930.

Son état est, d'après l'entourage, sensiblement ce qu'il était avant la grossesse : celui d'une débile, soupçonneuse et facilement inquiète.

Les examens complémentaires ont donné les résultats suivants : Système oculaire normal. Examen électrique des membres inférieurs (avant l'avortement), en vue de déceler précocement une atteinte médullaire possible : réactions normales, contractions vives, chronaxies normales (M^{lle} Néoussikine).

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs.

Urines (29 janvier) : albumine 0 gr. 03 avec pseudo-albumine, acétonurie, trace d'urobiline et de sels biliaires. Urée par litre : 31 gr. 7 — 5 février : Pas d'albumine, acétonurie. Urée par litre : 24,96 — 26 mars (après l'interruption) : ni albumine, ni acétone mais pigments biliaires abondants et sels biliaires.

Les taux de l'urée, de la cholestérine, du chlore sanguin et plasmatique, des pigments biliaires, étaient dans les limites normales avant l'intervention (M^{lle} Russell). Azotémie : 0,26 le 23 janvier, 0,44 le 28 et 0,32 le 6 février. Cholestérinémie : 1,58. Pigments biliaires du sang : 1 pour 35.000 (28-1). Chlore du sérum : 3,68 (norm. 3,55 à 3,70) ; du sang total (faible au contraire) : 2,36 (norm. 2,60 à 2,90) (6-2). Examen hématologique (Dr Weissmann) : gl. r. : 4.700.000, gl. blancs : 6.000. Formule

blanche : lympho : 11 ; moyens monos : 12 ; grands : 3 ; polynucléaires neutrophiles : 76 ; éosinophiles : 2. Hémoglobine : 90 %. Temps de saignement normal : 3 minutes (5 février).

B. — LES ÉTATS NEURO-PSYCHIQUES

Nous sortirions de notre sujet si nous voulions étudier ici les divers syndromes neurologiques qui peuvent apparaître au cours de la puerpéralité.

Nous avons simplement voulu noter, sous cette rubrique, l'existence de cas, d'ailleurs relativement rares, où les troubles mentaux puerpéraux s'accompagnent soit de *polynévrite*, soit d'*épilepsie*, soit d'*éclampsie*.

Bien que les états neuro-psychiques puissent se manifester à toutes les périodes de la puerpéralité, nous les étudions à propos des psychoses gravidiques dans un but de simplification. Dans la majorité des cas, en effet, c'est au cours de la grossesse qu'ils apparaissent.

La *psychopolynévrite gravidique* est depuis longtemps connue (Boulton 1868) (1).

Dès 1889, Korsakoff en faisait une parfaite description clinique (2).

« Douleurs musculaires et nerveuses spontanées, exaspérées par la pression digitale sur les masses musculaires et le trajet des troncs nerveux. Parésies ou paralysies s'installant sans fièvre, lentement ou brusquement (polynévrites à début apoplectiforme). Atrophies diffuses à marche lente, ou plus souvent rapide. Abolition des réflexes tendineux. Troubles trophiques et vaso-moteurs. Altérations des réactions élec-

(1) On trouvera une étude détaillée de cette question dans la Thèse de M^{lle} RAPOPORT (Paris, 1912), Syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité,

(2) *Revue philosophique* (1889), Congrès international, Paris (1889).

triques. Réaction de dégénérescence disparaissant avec la guérison. Atteinte possible des nerfs crâniens. Atteinte plus rare des sphincters. Coexistence de troubles mentaux (syndrome de Korsakoff). La psychopolynévrite se caractérise essentiellement par une amnésie à prédominance antérograde, de la désorientation, de la confabulation, de l'obnubilation intellectuelle avec fréquemment de l'onirisme vespéro-nocturne » (1).

De nombreuses observations ont été publiées. R. Dupouy et A. Courtois (1) en rapportent une liste importante.

Cependant, les psychopolynévrites gravidiques sont relativement rares. Nous n'en avons pu trouver qu'une seule observation à l'Hôpital Henri Rousselle.

La partie clinique de cette observation est due à MM. R. Dupouy et A. Courtois. Elle a été publiée dans leur travail déjà cité. (2).

L'examen anatomo-pathologique, dû à M. Marchand, est encore inédit.

OBSERVATION IV. — M^{me} M... Marguerite est une primipare de 39 ans, entrée dans le service le 18 avril 1929. Elle n'a pu être conservée à son domicile à cause de ses cris et de ses gémissements continus qui gênaient les voisins.

Elle n'a présenté avant sa grossesse aucun trouble mental ; elle est absolument sobre et n'a jamais fait, en particulier, d'excès alcooliques. Il y a 3 ans, pour calmer les douleurs d'un prurit vaginal et anal violent, on pratiqua pendant quelques semaines une injection quotidienne ou bi-quotidienne de 0,01 de morphine, puis, à la suite d'une réaction de Desmoulières partiellement positive, un traitement arsenical et bismuthique fut institué que suivit la disparition du prurit.

A l'entrée, la malade était enceinte de 7 mois ; les premières

(1) R. DUPOUY et A. COURTOIS, Des psychoses gravidiques et en particulier de la psychopolynévrite. Syndrome de Korsakoff, *Encéphale*, avril, 1930, pp. 298-299.

(2) R. DUPOUY et A. COURTOIS, *op. cit.*, p. 287.

semaines de la grossesse s'étaient bien passées, mais le prurit reparut vers le 4^e mois et fut à nouveau traité par la morphine et le pantopon (0,01 à 0,02 egr. par jour). En février (5^e mois) survinrent des vomissements. D'abord espacés, permettant une alimentation encore suffisante, ils prirent bientôt le caractère de vomissements incoercibles et ne cessèrent que 3 semaines environ avant l'entrée après l'essai du goutte à goutte glucosé rectal.

Au début de mars (6^e mois), en raison d'envies fréquentes d'uriner, on parle de cystite et de pyélonéphrite.

Depuis le début de sa grossesse, la malade subit en outre un traitement antisypilitique (Quinby).

Le mari ne peut préciser la date d'apparition des troubles mentaux. Ils sont venus progressivement et c'est récemment que l'entourage s'est aperçu que cette jeune femme perdait la mémoire. En outre, elle a maigri notablement et est devenue incapable de se tenir debout depuis une quinzaine de jours.

En effet, cette femme qui, avant sa grossesse, pesait entre 65 et 68 kilos, atteint à peine une quarantaine de kilos à l'entrée. Dès qu'on la découvre on est frappé de l'atrophie considérable des quatre membres, l'atrophie portant plus sur le segment distal et plus sur le groupe des extenseurs, tant à la jambe qu'à l'avant-bras. Aux jambes, la loge des muscles antéro-externes est excavée. Les mouvements des orteils sont à peu près nuls. Si la malade essaie d'étendre au-dessus du lit la jambe sur la cuisse, la jambe retombe comme un fléau. Aux membres supérieurs — qui paraissent avoir été touchés un peu après les inférieurs — la force musculaire est, de même, presque nulle, la malade ne peut tenir dans sa main un objet de quelque poids, elle ne peut porter un verre, une cuillère à ses lèvres. D'ailleurs, tous les mouvements sont ataxiques et dans l'épreuve du doigt sur le nez, le but est habituellement manqué.

Les muscles abdominaux paraissent également atteints et la malade est incapable de s'asseoir sur son lit. A la face même, à signaler une atrophie des muscles masticateurs, masseters et temporaux. Il n'existe pas de troubles notables de la mastication (il est vrai que l'alimentation est presque exclusivement composée de soupes épaisses et de purées). Pas de troubles de la déglutition ni de la phonation.

Le cœur paraît touché, le pouls est instable aux environs de 90, la tension est à 13-6 (Pachon), l'indice oscillométrique est faible : 1 à 1,5.

La malade est constamment gémissante. Elle réclame continuellement quelque chose, n'est jamais satisfaite des soins qu'on lui donne et se plaint qu'on l'abandonne si l'infirmière la quitte quelques instants. Elle est puérile, gémit non pas sur son état — qu'elle explique par un trop long séjour au lit — mais sur le fait qu'elle n'est pas peignée ou qu'elle ne trouve plus son mouchoir.

Sa mémoire est très déficiente, elle ignore la date, l'année, le mois, les faits importants, mais ne s'inquiète nullement des trous qu'elle constate dans sa mémoire. « Vous savez, explique-t-elle, quand on est malade on ne s'inquiète pas de tout cela ». Elle oublie à l'instant les ordres qu'on lui donne, les mots qu'on la prie de répéter. Elle est suggestible, accepte comme réels telle date, tel jour qu'il plaît de lui annoncer. Elle fabule, raconte que son mari vient de venir avec sa mère, qu'ils vont bientôt s'en aller en vacances, qu'elle a une auto. Elle est satisfaite d'elle-même, se trouve une jolie femme, raconte qu'elle pesait 95 kilos avant sa maladie, que son appartement est « très bien », tous les médecins qu'elle voudra viendront la soigner, son enfant sera superbe...

L'examen de psychologie expérimentale (M^{lle} Weinberg) a encore précisé la fabulation, les erreurs de reconnaissance et l'amnésie.

Les réflexes tendineux des membres sont tous abolis, aussi bien aux membres inférieurs qu'aux membres supérieurs. Les troubles sensitifs subjectifs existent : douleurs spontanées, surtout au début, et encore facilement provoquées par la pression des muscles et des nerfs.

Les troubles de la sensibilité superficielle et profonde sont manifestes, mais difficiles à détailler avec précision en raison de l'état mental et des réponses, parfois contradictoires, de la malade. Les plus importants et les plus certains sont les troubles de la localisation des sensations tactiles (indique la jambe droite quand on touche la gauche) et de la notion de position des membres.

Il n'existe pas de troubles auditifs ; l'acuité visuelle n'a pu être étudiée, les pupilles sont égales et les réflexes à la lumière existent.

Comme troubles vaso-moteurs, signalons la sudation facile de la paume des mains ; comme troubles trophiques, à côté de l'atrophie musculaire, une sécheresse de la peau qui, surtout aux membres, est écailleuse.

Enfin, il existe de la constipation et, du côté de la vessie, des envies fréquentes d'uriner souvent infructueuses, quelquefois même parésie vésicale avec rétention partielle.

Les urines sont foncées, très chargées d'urobiline et de sels biliaires, elles contiennent en outre un peu d'albumine (0,28 ‰).

L'azotémie est anormalement basse (0,09 ‰). Les réactions de Bordet-Wassermann et de Meinicke sont négatives dans le sang.

La malade — dont l'avortement n'a pu être pratiqué — présente à nouveau aux premiers jours de mai des vomissements qui sont noirâtres et que rien ne calme, accompagnés de température (38°, 38°5). Elle meurt le 4 mai, trois jours après la reprise des vomissements.

L'examen histologique pratiqué par le Dr Marchand a donné les résultats suivants :

Cortex. Aucune lésion méningée.

Aucune lésion vasculaire dans le cortex, quelques lésions cellulaires diffuses peu profondes.

Noyaux gris centraux. Rien de particulier dans les noyaux gris centraux et dans la région sous-optique.

Bulbe. Les cellules de l'hypoglosse sont atrophiées et pigmentées. Aucune lésion des cordons, des vaisseaux, ni des méninges.

Cervelet. Pas de lésion.

Moelle. L'examen n'a porté que sur les régions dorsale et lombaire (seules régions remises au laboratoire).

Atrophie des cellules des cornes antérieures avec pigmentation, vacuoles, disparition des granulations chromophiles, teinte uniforme du corps cellulaire par le bleu d'Unna.

Au niveau de la région lombaire, infiltration par des cellules embryonnaires du prolongement méningé situé dans le sillon antérieur et péri-vascularite des vaisseaux compris dans ce même sillon. Quelques vaisseaux des cordons, aussi bien dans la région lombaire que dans la région dorsale, sont entourés de cellules embryonnaires, mais cette lésion est très discrète.

En résumé, les lésions dégénératives cellulaires sont de beaucoup plus accusées que les lésions inflammatoires.

Nerf sciatique poplitée externe gauche. — Disparition des fibres à myéline dans la proportion de 50 %. Aucune lésion inflammatoire.

ORGANES : Reins. Congestionnés, dégénérescence de l'épithélium des tubes contournés. Légère sclérose diffuse. Aucune infiltration lymphocytaire. Globules de pus dans les bassinets.

Foie. Les trabécules hépatiques ont perdu leur ordination et les cellules sont profondément altérées : leur noyau a disparu et, par endroits, elles sont réduites en une matière granuleuse. Il s'agit là d'une nécrose cellulaire généralisée sans aucune trace d'infiltration leucocytaire.

Rate. Congestionnée. Aucune autre lésion.

L'évolution de la psychopolynévrite gravidique est variable. Le plus souvent elle est lente. Dans certains cas, cependant, on peut la voir se constituer en deux ou trois semaines seulement.

Le pronostic mental semble relativement bon. Les séquelles lointaines sont rares.

L'accouchement, ou mieux, l'avortement précoce, amènent généralement la sédation des troubles. Puis, la guérison survient lentement.

Cependant, la mort peut survenir. Divers auteurs ont estimé à 20 % environ la mortalité.

Le pronostic de l'enfant semble extrêmement mauvais. De ce fait découle la conduite à tenir ainsi formulée par R. Dupouy et A. Courtois : « Nous devons considérer l'enfant comme perdu, la mère comme gravement menacée, si nous laissons les troubles évoluer. L'évacuation de l'œuf s'impose d'urgence. Le fœtus doit être sacrifié, nous ne devons penser qu'à la mère, et en interrompant la grossesse, faire cesser le plus tôt possible l'état toxémique qui conditionne sa psychopolynévrite. »



La *chorée gravidique* n'apparaît guère que chez des sujets présentant une hérédité névropathique ou alcoolique.

Parfois, les malades ont déjà présenté des épisodes choréïques pendant leur enfance (1). Le plus souvent, les premières manifestations morbides n'apparaissent qu'au cours de la première grossesse.

Elles sont caractérisées par des mouvements intenses, parfois localisés, le plus souvent généralisés.

Les troubles mentaux sont fréquents. Ce sont les cas que nous envisageons ici.

De même que la psychopolynévrite, la chorée gravidique avec syndrome mental est relativement rare. Nous n'en possédons qu'une observation inédite :

OBSERVATION V. — M^{me} B... Marie, 38 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 25 février 1932, au cours de sa 6^e grossesse, pour des mouvements choréïques du membre supérieur.

Vers le 3^e mois de sa première grossesse, elle avait présenté pour la première fois un syndrome choréïque net. Elle s'était aperçue qu'elle devenait maladroite, laissant tomber les objets qu'elle tenait à la main. Ses membres supérieurs étaient perpétuellement agités de mouvements involontaires incoordonnés. Après l'accouchement, les signes choréïques disparurent.

Au cours de sa 2^e grossesse, les mêmes symptômes réapparurent, mais plus atténués. Ils s'effacèrent comme la première fois après l'accouchement (enfant mort à 18 mois).

Elle eût ensuite une 3^e et une 4^e grossesse sans manifestations choréïques (un avortement, un enfant mort à 3 ans).

Au 3^e mois de sa 5^e grossesse, les mouvements réapparurent. Ils prédominaient nettement aux membres supérieurs. Cette fois, ils

(1) Dans un tiers des cas (Anton). On a dit que la grossesse est la pierre de touche de la guérison de la chorée (H. CLAUDE, *Maladies du système nerveux*, p. 315).

s'accompagnèrent d'un léger état confusionnel avec vagues idées de persécution, hallucinations auditives et anxiété (deux tentatives de suicide). Les troubles mentaux disparurent rapidement.

Les mouvements choréïques persistèrent quelque temps puis disparurent à leur tour.

Enfin, au cours de sa 6^e grossesse (5^e mois), elle entre dans le service. On constate des mouvements persistants, involontaires, arythmiques, surtout au niveau des membres supérieurs, présentant tous les caractères des mouvements choréïques.

Elle présente en même temps une légère excitation psychique de forme hypomaniaque avec logorrhée et instabilité.

Au point de vue neurologique, on ne constate, en dehors des mouvements choréïques, que l'abolition des réflexes cutanés abdominaux et cornéens.

Les réflexes tendineux et cutanés plantaires sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité.

Traitée au salicylate de soude, elle fut légèrement améliorée et sortit non guérie le 23 mars 1932.

L'évolution, comme dans l'observation qui précède, se fait le plus souvent vers la guérison. Mais les mêmes troubles peuvent réapparaître au cours de grossesses ultérieures.

On a noté la persistance, après la guérison des manifestations choréïques, d'un certain déficit intellectuel.

La mort surviendrait dans un dixième des cas. Le pronostic de l'enfant semble mauvais.

*
* *

L'épilepsie peut compliquer les psychoses puerpérales.

Deux catégories de faits sont à envisager :

a) Ou bien il s'agit d'*épilepsie puerpérale* (on doit réserver ce nom, pour Abadie, à toute épilepsie survenue pour la première fois, pendant la grossesse, l'accouchement ou la lactation, chez une femme jusque-là indemne de tout accident

comitia., et n'ayant pas les caractères de l'éclampsie puerpérale).

b) Ou bien il s'agit d'accidents épileptiques, survenant, au cours des troubles mentaux puerpéraux, chez des *épileptiques avérées*, ayant présenté antérieurement des crises.

Il en est ainsi dans l'observation suivante :

OBSERVATION VI. — Mme G... Renée, 32 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle. 189.699) le 8 janvier 1922. C'est une épileptique. Elle a présenté quelques jours après son accouchement un état subconfusionnel avec crises épileptiformes.

Métrorrhagie. Rapidement améliorée après curettage, elle sort en bon état le 25 janvier 1922.

Nous n'avons à envisager ici que les cas où l'épilepsie apparaît comme *complication d'une psychose puerpérale*. Ils sont très rares, aussi nous n'y insisterons pas.

Nous ne voulons pas terminer ce paragraphe sans aborder rapidement le problème de l'*influence de la grossesse sur l'évolution de l'épilepsie*. Des avis divers ont été émis. Actuellement, on admet généralement avec Abadie (1) plusieurs éventualités possibles.

Tantôt la grossesse paraît aggraver l'épilepsie (15 % à 50 % des cas suivant les auteurs).

Tantôt, elle paraît l'améliorer, soit qu'il y ait atténuation du nombre ou de la violence des crises (50 % des cas pour Beraud, Pinard, Tarnier ; moins de 25 % pour Toulouse et Marchand), soit qu'il y ait interruption complète des accès comitiaux pendant la grossesse (cas exceptionnels).

Tantôt enfin, la grossesse n'exerce aucune influence sur l'épilepsie (65 % des cas pour Toulouse et Marchand).

(1) Cf. XII^e Réunion Neurologique internationale, Paris, 31 mai-1^{er} juin 1932 : *Le problème des épilepsies*, et en particulier le rapport de Jean ABADIE : *Conceptions étiologiques modernes sur les épilepsies*.

Quant à l'action de l'épilepsie sur la grossesse, elle paraît être nulle (1).

*
* *

L'éclampsie est signalée par les anciens auteurs comme étant fréquemment à l'origine des psychoses puerpérales (2). Actuellement, en raison de l'efficace prophylaxie qu'on lui oppose, elle est devenue beaucoup plus rare, et les observations de troubles mentaux post-éclamptiques qui foisonnent dans les travaux du siècle dernier, sont devenues exceptionnelles.

Nous en publions d'autre part une observation (obs. XIII p. 72) dont l'évolution s'est terminée par la mort et pour laquelle l'examen histologique pratiqué par M. Marchand révéla des lésions d'encéphalite.

Et ceci nous amène à souligner quelques analogies frappantes entre l'éclampsie et certaines psychoses puerpérales. La plupart des auteurs leur reconnaissent une commune étiologie toxique (3). Des lésions anatomo-pathologiques du

(1) Cf. TOULOUSE et MARCHAND, Puerpéralité et épilepsie, *Gazette des Hôpitaux*, 1925, n° 102.

(2) La psychose surviendrait en moyenne dans 6 % des cas d'éclampsie pour OLSHAUSEN (*Beitrag zu den puerperalen psychosen, specielle den Nach Eklampsie aufzuteulen*. Ztschr. f. Geburtsh. u. Gynaek. Stuttg., 1891, XXI, 371).

(3) L'éclampsie serait due, suivant les auteurs, soit à une intoxication d'origine hépatique ou rénale, soit à une intoxication par l'albumine. Pour METZGER, « l'albumine est la cause et non l'effet des accidents, non pas celle des urines, mais l'albumine mobilisée en excès par la mère et que le fœtus n'absorbe pas » (METZGER : *L'accoucheur moderne*, p. 225).

Pour THIES et DIENST, il s'agirait d'une intoxication de la mère par les albumines fœtales, due à une perméabilité anormale du placenta (H. VIGNES : *Physiologie obstétricale*, p. 27).

Jean ABADIE (*op. cit.*) admet que la toxémie qui conditionne l'éclampsie est due aux substances toxiques sécrétées par l'embryon et dont l'action nocive s'exerce secondairement sur l'organisme maternel par l'intermédiaire de lésions rénales, hépatiques, humorales. Le froid serait une cause favorisante.

même ordre ont été trouvées dans les deux cas (1). Des séquelles analogues ont été observées. Enfin, la coexistence d'éclampsie et de troubles mentaux a été souvent notée. N'est-il pas possible de supposer qu'un même processus morbide a pu se manifester — suivant le terrain sur lequel il a évolué, ou suivant sa localisation — tantôt d'une façon, tantôt d'une autre, tantôt des deux à la fois ?

L'évolution des psychoses post-éclamptiques est analogue à celle des autres psychoses puerpérales.

Le pronostic vital est celui de l'éclampsie, c'est à-dire 20 % de décès environ.

Lorsque la guérison survient, la lucidité réapparaît rapidement, mais on note souvent la subsistance d'états dépressifs persistants, et quelquefois l'évolution plus ou moins tardive vers une confusion chronique.

(1) Il en est ainsi dans les observations anatomo-pathologiques du Dr Marchand que nous publions plus loin.

D'autre part, des réactions méningées analogues à celles que nous avons notées pour les psychoses puerpérales ont été observées au cours de l'éclampsie (G. DUMONTET, Des réactions méningées au cours de l'intoxication gravidique, *Thèse Paris*, 1917).

LES PSYCHOSES DU POST-PARTUM

Ce sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles correspondent à 80,6 % de nos observations.

Nous avons classé parmi elles un certain nombre de psychoses survenues à la suite d'un avortement ou d'un accouchement prématuré. Elles se présentent, en effet, avec des caractères en tous points semblables à ceux des psychoses succédant à un accouchement à terme.

Comme toutes les psychoses puerpérales elle peuvent revêtir des aspects cliniques variés.

Cependant, alors que les psychoses gravidiques et les psychoses de la lactation affectent le plus souvent des formes de type dépressif, les psychoses du post-partum se présentent presque toujours cliniquement comme des confusions mentales aiguës avec excitation.

C'est parmi elles qu'on trouve les « manies puerpérales » décrites par la plupart des auteurs.

Un examen plus approfondi révèle, tant au point de vue de leur étiologie probable que de leur évolution, une multiplicité de formes diverses s'opposant à toute tentative de classement rigoureux.

Aussi, nous avons dû nous contenter, pour présenter nos observations, de les classer en trois catégories principales qui se justifient par un certain nombre de caractéristiques d'ordre étiologique, clinique, pathogénique, évolutif et pronostique.

Nous verrons ainsi successivement :

1^o *Les Encéphalites psychosiques post-puerpérales.* Leur étiologie toxi-infectieuse est très probable.

Elles débutent habituellement brusquement, quelques jours après l'accouchement. La température est souvent peu élevée. Elles sont conditionnées par une encéphalite.

Elles évoluent assez rapidement soit vers la mort, soit vers la chronicité, soit vers une guérison apparente relative.

Leur pronostic immédiat et leur pronostic mental éloigné sont mauvais.

Ce sont les *cas graves*.

2^o Les *délires infectieux post-puerpéraux*.

Leur étiologie infectieuse est évidente. Elles évoluent sur un terrain sensiblement normal.

Leur évolution, très courte, est parallèle à celle des phénomènes infectieux qui les conditionnent. La température est habituellement élevée.

Lorsqu'elles ne se compliquent pas d'une encéphalite ou d'une septicémie grave, leur pronostic immédiat et leur pronostic mental éloigné sont bons.

Ce sont les *cas bénins*.

3^o Entre ces deux catégories principales se place le groupe imprécis des *psychoses à début progressif*.

Elles évoluent le plus souvent sur un terrain nettement prédisposé.

Elles apparaissent progressivement et leur évolution est habituellement traînante.

Leur pronostic est réservé.

Ce sont des *cas intermédiaires* pour lesquels il n'est pas possible de dire la part qui revient aux divers facteurs invoqués.

A. — LES ENCÉPHALITES PSYCHOSIQUES POST-PUERPÉRALES

En avril 1931, MM. Toulouse, Marchand et Courtois décrivaient sous le nom d'« Encéphalites psychosiques

secondaires » (1) un groupe d'affections mentales présentant les caractéristiques suivantes :

— Apparition rapide, secondairement à un état infectieux (ou puerpéral) d'un syndrome mental toujours le même : confusion mentale réalisant plus ou moins le tableau du délire aigu.

— Terrain souvent prédisposé.

— Absence de signes neurologiques.

— Evolution soit vers la mort en peu de jours, soit vers la guérison rapide, soit quelque fois vers la chronicité.

— Lésions anatomo-pathologiques d'encéphalite inflammatoire.

Un grand nombre de nos observations de psychoses puerpérales correspondent exactement à ce schéma.

Il s'agit de malades ayant ou non manifesté antérieurement une fragilité mentale particulière et qui font, brusquement, quelques jours après un accouchement souvent normal, un syndrome confusionnel aigu. Ces cas présentent avec une constance remarquable, dans leur mode de début et dans leur évolution, un certain nombre de caractéristiques qui permettent de les réunir en un groupe distinct.

Dans beaucoup de cas à évolution mortelle, M. Marchand a pu pratiquer des examens histologiques systématiques qui ont révélé l'existence d'une encéphalite.

Les cas avec survie et ceux pour lesquels une vérification nécropsique n'a pu être faite présentaient une symptomatologie clinique tellement semblable à celle des premiers que l'on peut affirmer qu'il s'agissait, pour eux aussi, d'un processus encéphalitique.

Nous pensons donc légitime de les englober tous sous le vocable d'*encéphalites psychosiques post-puerpérales*, les faisant ainsi rentrer dans le groupe plus général des encépha-

(1) E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS, Les encéphalites psychosiques secondaires (*Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931).

lites psychosiques secondaires de MM. Toulouse, Marchand et Courtois.

Comme on pourra s'en rendre compte par la lecture des observations qui vont suivre, les encéphalites psychosiques post-puerpérales se présentent presque toujours avec le même aspect clinique.

Quelques jours après l'accouchement apparaît brusquement un état confusionnel qui, d'emblée, réalise un tableau se rapprochant de celui du délire aigu.

Nous insistons sur l'existence constante d'un intervalle libre entre le moment de l'accouchement et l'apparition des troubles mentaux. Cet intervalle varie dans nos observations de deux à vingt jours. Pendant ce temps, la malade est apyrétique (exception faite bien entendu des 24 heures qui suivent l'accouchement). A de rares exceptions près, les suites de couches sont normales et l'on ne peut habituellement déceler d'élément infectieux important.

Nous insistons aussi sur la brusquerie de l'installation des troubles mentaux.

Le plus souvent, c'est en quelques heures, en deux jours tout au plus que, chez une femme jusque-là sensiblement normale, le syndrome confusionnel atteint son acmé, avec tout son cortège d'anxiété, d'hallucinations et d'agitation incohérente. La température atteint fréquemment des chiffres élevés (40°).

L'évolution peut se faire suivant trois modes : ou bien, l'état confusionnel va aller en s'aggravant, s'accompagnant d'une atteinte de plus en plus importante de l'état général. Après une ou deux rémissions, partielles et brèves, la malade, s'affaiblissant peu à peu, succombe dans le coma.

On note fréquemment dans ces cas la persistance d'une température élevée et une augmentation progressive du taux de l'urée dans le sang et le liquide céphalo-rachidien (1).

(1) A. COURTOIS a insisté sur la valeur pronostique de ce symptôme.

La durée totale oscille entre quatre et vingt-deux jours.

Ou bien l'état confusionnel reste stationnaire. Des rémissions plus ou moins complètes ou prolongées se produisent. La température se fixe aux environs de 38°, puis disparaît.

Mais, peu à peu, l'élément confusionnel fait place à des signes de discordance et à un délire mal systématisé. La chronicité deviendra rapidement évidente.

Enfin, dans d'autres cas, les troubles confusionnels s'atténuent plus ou moins rapidement. Les symptômes graves cèdent fréquemment à la fin de la première semaine. En moins de deux mois, la malade semble définitivement guérie.

En réalité, nous verrons que, quelquefois, cette guérison peut être complète et définitive. Mais le plus souvent, l'enquête que nous avons faite sur les malades sorties en apparence guéries il y a plusieurs années des services hospitaliers ou asilaires, nous a révélé la fréquence de séquelles plus ou moins graves sur lesquelles nous insisterons plus loin.

Comme nous le verrons, c'est cette gravité du pronostic éloigné des encéphalites psychosiques post-puerpérales, s'opposant à la bénignité relative de celui des délires infectieux et de beaucoup de psychoses à début progressif, qui donne toute son importance et son utilité pratique à leur groupement dans un cadre distinct.

Nous tenons, cependant, à souligner à nouveau tout ce qu'a de relatif et de provisoire notre classification.

Souvent obligé, en l'absence de notions étiologiques ou pathogéniques précises, de nous baser, pour discriminer nos observations, sur des critères cliniques un peu contingents, nous avons certainement été amené à séparer des faits voisins, ou, inversement, à rapprocher des faits dissemblables.

Nous voulons insister, en particulier, sur le fait que l'encéphalite psychosique, qui, le plus souvent, apparaît brusquement et d'emblée avec les caractères que nous venons de

signaler, peut aussi succéder à un délire fébrile banal, ou à une psychose déclanchée par la puerpéralité sur un terrain prédisposé.

Nous la voyons, dans quelques-unes de nos observations, survenir au cours d'une psychose post-éclamptique, ou même au cours d'une psychose gravidique.

Mais, telle qu'elle est, cette classification nous paraît se justifier suffisamment parce qu'elle tente de diviser utilement la multiplicité des faits en permettant, comme nous le montrerons, de prévoir, en quelque mesure, le pronostic.

Anatomie pathologique (1)

Les lésions d'encéphalite mises en évidence par les examens de M. Marchand ne se différencient pas de celles qu'il a décrites pour les autres formes d'encéphalites psychosiques secondaires.

Elles indiquent une atteinte inflammatoire et toxique de l'axe cérébrospinal.

« Les lésions cellulaires sont diffuses ; elles portent aussi bien sur les cellules de l'encéphale que sur celles de la moelle. Il s'agit de lésions aiguës à évolution atrophique rapide. » (Corps irréguliers, aspect granuleux et pâle, excentricité des noyaux).

« Dans les dernières couches corticales, surtout au niveau des lobes frontaux et pariétaux, les cellules nerveuses en voie d'atrophie sont entourées d'une collerette abondante de cellules rondes » (satellitose).

« Les lésions vasculaires, moins diffuses que les altérations cellulaires, ont principalement pour siège les dernières couches corticales des lobes frontaux et pariétaux, la substance blanche sous-corticale et le bulbe. Elles intéressent les petits vaisseaux et les capillaires qui se trouvent bordés

(1) Nous empruntons tous les détails de ce paragraphe aux diverses publications de M. MARCHAND.

parfois de plusieurs rangées de cellules rondes à noyaux granuleux, prenant très fortement les colorants, entourés d'une mince couche de protoplasma toujours peu colorée. Ces éléments offrent donc les caractères des cellules embryonnaires. »

Enfin, dans deux cas que nous reproduisons plus loin, M. Marchand a trouvé des lésions d'encéphalite hémorragique.

L'autopsie révéla des foyers d'hémorragie capillaire accompagnés d'une congestion intense des méninges. L'examen histologique montra des suffusions sanguines intraméningées et sous pie-mériennes, et une infiltration de la lumière et des parois des vaisseaux par des polynucléaires.

En certains points, dans les zones d'hémorragie péri-capillaire, le sang a dilacéré la substance cérébrale. On constate l'infiltration du parenchyme par des polynucléaires, donnant l'impression de foyers miliaires puriformes.

En dehors des zones d'hémorragie, on observe les mêmes lésions inflammatoires que celles décrites plus haut.

Observations

Pour plus de clarté, nous grouperons nos observations d'encéphalites psychosiques post-puerpérales en cinq chapitres, suivant la forme de leur évolution :

1^o Cas ayant évolué vers la mort, avec, pour quelques observations, les résultats de l'examen histologique pratiqué par M. Marchand,

2^o Cas ayant évolué vers la chronicité.

3^o Cas ayant évolué vers une rémission suffisamment longue et complète pour avoir fait espérer une guérison, et présentant secondairement un nouveau syndrome mental paraissant chronique.

4^o Cas ayant évolué vers une guérison des troubles confu-

sionnels, mais laissant comme séquelle un léger affaiblissement psychique permettant un comportement sensiblement normal.

5° Cas ayant évolué vers une guérison durable.

I. — *Evolution vers la mort*

M. Marchand a bien voulu nous permettre de reproduire ici six observations d'encéphalite psychosique post-puerpérale avec examen anatomo-pathologique.

Les deux premières sont inédites.

Les quatre autres ont déjà été publiées.

OBSERVATION VII. — M^{me} L'H... Henriette, 37 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle, venant de Baudelocque, le 6 juin 1928. Aucun renseignement sur ses antécédents ni sur son accouchement qui semble remonter à quelques jours. Elle présente un état confusionnel grave avec agitation désordonnée (se lève, défait les lits de ses voisines, etc.) et onirisme. Sueurs abondantes. Tremblement généralisé par instants. Temp. : 38°7

Dès le lendemain, l'état général s'aggravant visiblement et la température atteignant 39°6, elle est transférée au Pavillon de Chirurgie où elle décède le 10 juin 1928.

L'examen anatomo-pathologique, dû au Dr Marchand, a donné les résultats suivants :

AUTOPSIE. SYSTÈME NERVEUX :

Encéphale. Méninges et encéphale très congestionnés. Pas d'athérome. Aucune lésion localisée. Petites suffusions sanguines sur le plancher du quatrième ventricule. L'hémisphère droit pèse 535 gr., le gauche 510 gr., le cervelet et le bulbe : 155 gr.

ORGANES : Poumons. Pneumonie lobaire droite. Poids 800 gr. Poumon gauche : 500 gr.

Cœur. 250 gr. Pas de lésions des orifices.

Foie. 1.500 gr. ; aspect très pâle.

Reins. Pas de lésions macroscopiques ; le droit pèse 220 gr., le gauche 200 gr.

PLANCHE I

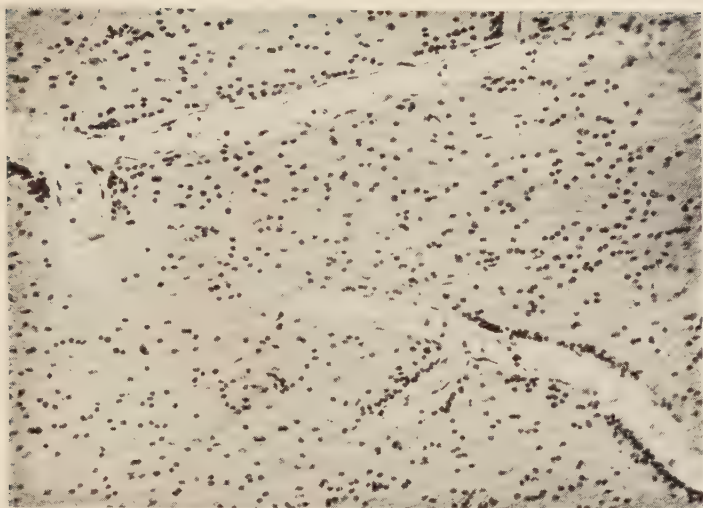


Fig. 1.

OBS. VII. — Deuxième frontale gauche. Périvascularite.
Méthode de Van Gieson. D. 115.

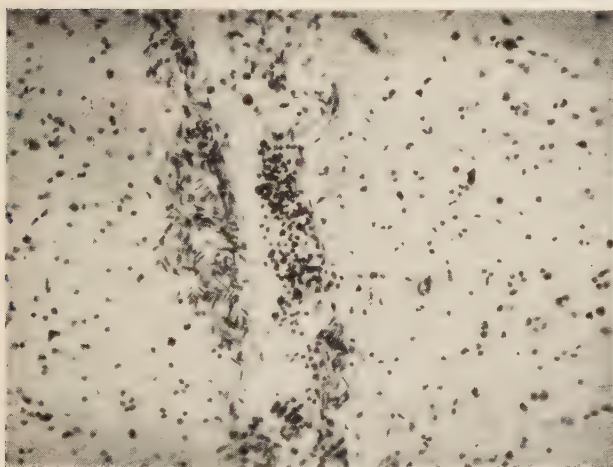


Fig. 2.

OBS. VIII. — Région motrice gauche. Sillon et infiltration méningée.
Méthode de Nissl. D. 115.

Utérus. Sur la paroi antérieure du corps de l'utérus, fibrome de la grosseur d'une noix. Les parois de l'utérus sont très congestionnées.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. SYSTÈME NERVEUX.

Méninges. Pas de lésions méningées. Pas de suffusions sanguines.

Cortex. Les lésions cellulaires sont profondes et portent principalement sur les petites et moyennes cellules pyramidales. Corps irréguliers ; aspect granuleux et pâle. Excentricité des noyaux. Certaines cellules ont perdu leurs formes et ne sont plus représentées que par une petite masse granuleuse à peine colorée.

Dans la substance blanche sous-corticale, nombreux capillaires qui sont bordés de cellules mononucléées. Par place, groupes de cellules mononucléées de 15 à 20 éléments, flanquant le bord d'un capillaire ou d'une petite veinule. Cette lésion vasculaire est plus accusée au niveau des lobes frontaux (fig. 1, Pl. I).

Noyaux caudés et putamen. Lésions cellulaires ; peu de lésions vasculaires ; aucune altération de l'épithélium épendymaire.

Cervelet. Pas de lésions méningées récentes. Petits nodules scléreux très anciens intéressant la pie-mère et le cortex. Les cellules de Purkinje sont peu altérées. Aucune infiltration périvasculaire.

Bulbe. Pas de périvasculite. Les cellules des olives bulbaires ne prennent plus les colorants ; il est impossible, dans la plupart, de distinguer le noyau et même le nucléole.

ORGANES : Poumons. Dans le poumon droit, lésions de pneumonie aiguë purulente ; conservation de la charpente des alvéoles qui sont remplies de polynucléaires, dont la plupart sont en voie de destruction.

Reins. Pas de lésions.

Foie. Congestion simple sans lésions de la cellule hépatique.

Utérus. Nombreux lacs sanguins dans la musculature hypertrophiée. Par places, légère réaction inflammatoire.

La muqueuse apparaît saine au fond des invaginations, seul endroit où la muqueuse est conservée.

La tumeur trouvée à l'autopsie présente les caractères du fibrome.

OBSERVATION VIII. — M^{me} P... Madeleine, 31 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 17 mai 1932. Quelques antécédents

bacillaires personnels. Aurait déliré pendant 27 jours au cours d'une « congestion pulmonaire » à l'âge de 21 ans, accouchement à terme le 12 mai. Périneorrhaphie. Huit jours après, elle présente brusquement un état d'excitation avec logorrhée, légère confusion et anxiété. Temp. : 39° ; Azotémie : 0, 57 ; T. A. : 10 1/2-6 1/2. Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. Meinicke partiellement positif.

L'état général s'aggravant progressivement, elle est transférée au Pavillon de Chirurgie pour traitement local éventuel. Elle y décède le 21 mai 1932. L'examen anatomo-pathologique, dû au Dr Marchand, a donné les résultats suivants :

AUTOPSIE. SYSTÈME NERVEUX.

ENCÉPHALE. Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Pas d'athérome des artères de la base.

L'hémisphère droit pèse 610 gr., le gauche est du même poids ; le cervelet et le bulbe : 170 gr.

ORGANES. *Cœur*. Pas de lésions des orifices, aspect normal. Poids : 290 grammes.

Poumons. Pas de lésions. Le poumon droit pèse 480 gr., le gauche : 500 gr.

Foie. Aspect graisseux : 1.600 gr.

Reins. Le droit pèse 180 gr., le gauche : 200 gr. Pas de lésions macroscopiques.

Utérus et ovaires. Pas de lésions macroscopiques.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. ENCÉPHALE.

Méninges. Infiltration de la pie-mère par des cellules mononucléées surtout dans les sillons. Amas de cellules embryonnaires. Pas d'épaississement de la méninge (fig. 2, Pl. I).

Cortex. Lésions diffuses des cellules nerveuses ; dégénérescence atrophique aiguë avec irrégularités des contours des cellules. Les granulations chromophiles sont remplacées par une substance granuleuse. Noyaux souvent excentriques restant colorés par la méthode de Nissl. Les nucléoles prennent mal les colorants.

Dans les régions profondes du cortex, au niveau des régions frontales, satellitose très accusée. A un faible grossissement on note des groupements de cellules rondes et au milieu de chacun d'eux une cellule nerveuse en voie d'atrophie (fig. 3, Pl. II).

Les vaisseaux du cortex sont peu altérés. Dans les régions où

domine la satellitose, de nombreux capillaires sont bordés de cellules mononucléées.

Dans la substance blanche sous-corticale, périvascularite des petits vaisseaux, nombreux corps granuleux bourrés de pigments autour des veinules. Amas de polynucléaires à l'intérieur de nombreux vaisseaux.

Noyaux caudés et putamen. Pas de lésions vasculaires. Mêmes lésions cellulaires que dans le cortex. L'épithélium épendymaire ne présente aucune altération.

Couche optique. Quelques vaisseaux sont atteints de périvascularite. Lésions cellulaires accusées.

Cervelet. Légère atteinte des cellules de Purkinje dont certaines sont en voie de disparition. Pas d'autres lésions.

Pédoncules. Périvascularite intéressant quelques veinules ; corps granuleux bourré de pigments au milieu des cellules embryonnaires.

Bulbe. Pas de lésions méningées. De nombreuses veinules intrabulbaires sont entourées de cellules embryonnaires. Pas de lésions des cellules des noyaux des nerfs crâniens.

ORGANES : *Foie.* Dégénérescence atrophique et grasseuse des cellules hépatiques. Les cellules ont perdu leur ordination et sont isolées les unes des autres. Pas de sclérose.

Reins. Congestion intense. Quelques foyers hémorragiques périvasculaires. Légère sclérose. Pas de lésions glomérulaires et tubulaires.

Rate. Pas de lésions.

OBSERVATION IX (1). — L... Marguerite, 31 ans, entrée le 25 décembre 1928. Primipare accouchée le 19 décembre après un travail prolongé (2 jours) ; épisiotomie. Fille vivante mais qui présente bientôt des convulsions. Craintes avec crises d'anxiété dès le 3^e jour. Insomnie, apyrexie. A l'entrée, état subconfusionnel avec anxiété. Puis, en vingt-quatre heures, confusion mentale globale avec agitation extrême, propos incohérents. Insomnie. Refus d'aliments. Fuliginosités. Fièvre : 38°, 40°. Les réactions humérales du sang et

(1) Cette observation et la suivante ont été publiées à la *Société Médico-psychologique*, 24 novembre 1930. E. TOULOUSE, L. MARCHAND et A. COURTOIS, Étude anatomo-clinique de deux cas d'encéphalites psychosiques puerpérales.

du liquide céphalo-rachidien sont négatives. Décès le 3 janvier, soit 15 jours après l'accouchement, 12 jours après le début des phénomènes mentaux.

AUTOPSIE : Suffusions sanguines méningo-corticales. Muqueuse utérine épaissie.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Encéphale.* Capillarite dans la substance blanche sous-corticale des régions motrices. Satellitose peu marquée, existant seulement dans les couches profondes du cortex. Périvascularite dans les noyaux gris et le bulbe. Hémorragies miliaires diffuses. Lésions cellulaires aiguës diffuses. Recherche des microbes négative.

Foie. Congestionné.

Reins. Aspect trouble des cellules des tubes urinaires.

Utérus. Présente de nombreux foyers hémorragiques muqueux et sous-muqueux, sans lésions inflammatoires.

OBSERVATION. X. — L. F. Carmen, 23 ans, entrée le 27 juin 1929. Primipare, accouchement normal le 15 juin. Garçon bien portant. Huit jours après l'accouchement, modification de l'humeur, craintes imprécises ; puis rapidement agitation motrice incoercible, violences.

A l'entrée, mutisme absolu ou gémissements. Refus d'aliments. Début d'escarre fessière. Gâtisme. Confusion mentale complète. Somnolence diurne. Pas de signes neurologiques. Rares lochies sanguinolentes et fétides. Température : 37°, et 38°4.

Liquide céphalo-rachidien normal. Hémoculture négative. Réactions de la syphilis négatives. Azotémie : 0, 95 le 28 juin ; 1 gr. 62 le 1^{er} juillet, 3 gr. 22 le 3 ; 2 gr. 99 le 11. Urée du liquide céphalo-rachidien : 5 gr. 46 le 15.

Affaiblissement physique rapide, persistance de mouvements automatiques continus. Température 38° et 39°. Décès le 15 juillet, un mois après l'accouchement et 22 jours après le début des troubles psychiques.

EXAMEN HISTOLOGIQUE : *Système nerveux.* Légère infiltration de la pie-mère. Satellitose des cellules de la couche profonde du cortex ; périvascularite au niveau des lobes frontaux. Périartérite dans les noyaux gris centraux, les pédoncules et le bulbe. En outre, autour de l'aqueduc de Sylvius et sous l'épendyme ventriculaire, infil-

PLANCHE II

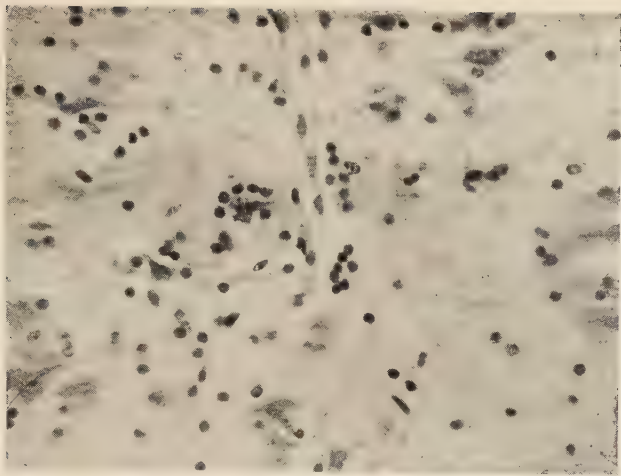


Fig. 3.

Obs. VIII. — Deuxième frontale droite. Satellitose et périvascularite.
Méthode de Nissl. D. 325.

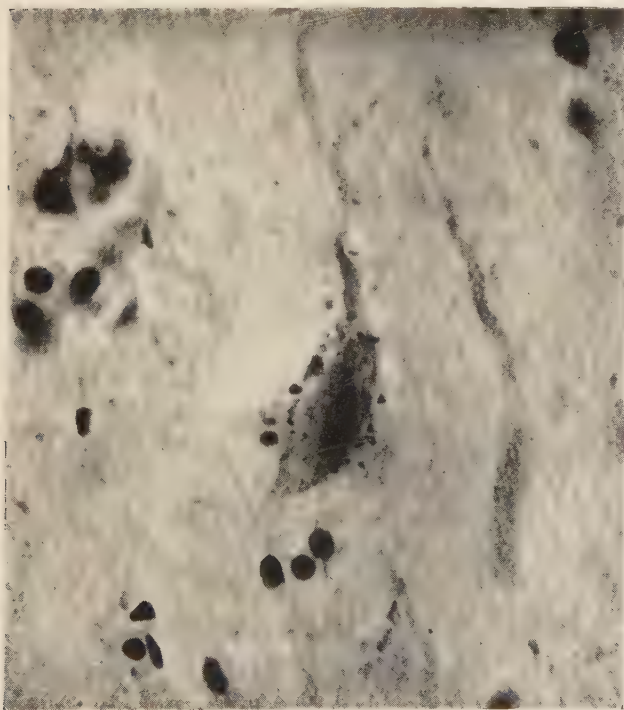


Fig. 4.

Obs. XI. — Région motrice gauche. Cellule pyramidale entourée de granulations
basophiles (zone d'hémorragies capillaires).

tration du parenchyme par de nombreux corps granuleux. Enormes lésions cellulaires. Les cellules des olives bulbaires sont en partie détruites.

Foie. Congestion simple.

Rein gauche. Dégénérescence des cellules des tubes contournés.

Rein droit. Parenchyme infiltré de petits abcès microscopiques avec amas microbiens (cocci).

L'utérus a sa musculature très hypertrophiée, sans lésions inflammatoires.

OBSERVATION XI. (1) — M^{me} Da... Simone, 26 ans, modiste, entrée à l'Hôpital Henri Rousselle le 3 mars 1931.

Père et mère bien portants. Grand'mère paternelle morte d'un cancer utérin. Grand'père paternel mort à l'asile de Villejuif, était « tabétique ». Une cousine germaine du côté paternel, aliénée (démence précoce probable).

La malade eut un développement normal. Certificat d'études à 11 ans. Elle était gaie, espiègle, aimant à rire. Cependant, elle présentait des sautes d'humeur et des peurs irraisonnées.

Mariée à 22 ans, elle est abandonnée 5 mois après par son mari. A cette occasion, elle présente un état dépressif avec idées de persécution ; elle pense qu'on la suit dans la rue ; un jeune homme la guette. Élément érotomane, ce jeune homme la protège et veut l'épouser. Insomnie avec phénomènes anxieux nocturnes. Le tout dure quelques jours. Elle aurait présenté depuis plusieurs petits états anxieux de peu de durée (quelques heures, quelques jours) à différentes occasions. Cependant, elle travaillait correctement et se remaria en 1929. Son mari signale toujours la même irritabilité avec pleurs pour des motifs futiles.

Première grossesse en août 1930. Tout se passe d'abord sans incident. Interruption spontanée prématurée à 6 mois et demi, le 23 février. L'enfant meurt rapidement. Température : 38° le jour de l'accouchement. Apyrexie jusqu'au 27, la fièvre oscille alors autour de 38°. Dès le 25 février, deuxième jour après l'accouchement,

(1) Cette observation et la suivante ont été publiées à la *Société Médico-psychologique*, 9 juin 1932. L. MARCHAND et A. COURTOIS, Deux cas de psychose post-puerpérale. Encéphalite hémorragique.

l'agitation commence. Elle veut se lever, prétend faire son lit, se met nue. Bientôt apparaissent de l'anxiété et des idées de persécution, on lui en veut, on va lui faire du mal. Essais de fuite, bris de carreaux à Baudelocque, au cours d'un raptus anxieux.

Même état d'agitation avec confusion, les premiers jours de son entrée dans le service. Désorientation, réponses incohérentes, anxiété, idées de persécution inconsistantes, érotisme. Turbulence avec insomnie, bouleverse sa literie, frappe à la porte, dénudation. Alimentation difficile, mais suffisante.

A l'entrée, Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs. Azotémie 0, 44. Liquide céphalo-rachidien : alb. 0, 20 ; glob. 0 ; leuco. 1, 8. Benjoin : 00000.00000.00000. Bordet-Wassermann, Meinicke et parégorique négatifs.

Température : 39° le 4 ; 38° le 5 et le 6 au soir.

Apyrexie les deux jours suivants mais persistance de la confusion et de l'agitation qui cependant tend à diminuer. L'alimentation est suffisante.

Le 10, dans l'après-midi, apparition de crises convulsives d'abord localisées à gauche. Salivation mousseuse, miction involontaire. Crises répétées avec coma intervallaire. Température : 40°6.

Déviation de la tête et des yeux à droite. Réflexe cutané plantaire en extension à droite. Pas de raideur de la nuque, pas de Kernig. La flexion de la tête sur la poitrine provoque une flexion de la jambe gauche, et la flexion du bras gauche, s'il est étendu (1). Nouveaux accès épileptiques jacksoniens observés au cours de l'examen et localisés à droite.

Une nouvelle ponction lombaire donne issue à un liquide xanthochromique. Alb. 2 gr. 50 ; Pandé : + + + ; Weichbrodt : + ; Leuco : 60, dont lympho : 74 %, moyens mono. 24 % ; grands : 2 % ; Benjoin : 22222.22022, 22200. Bordet-Wassermann négatif. Urée 1 gr. 74. Sucre : 1 gr. 09.

Suppression des accès après une injection sous-cutanée de gardénal sodé. Le coma persiste. Même état le 11 mars. Décès dans l'après-midi. Température terminale : 41°2.

EXAMEN MACROSCOPIQUE (autopsie 12 mars).

(1) Cf. A. COURTOIS, Flexion réflexe unilatérale de la jambe gauche par flexion de la tête en cas de coma par lésion cérébrale, circonscrite (*Ann. Méd.-Psych.*, mai, 1931).

SYSTÈME NERVEUX : Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale. Congestion intense des méninges et teinte hortensia de la substance grise.

Hémisphère droit : 510 gr. Foyer d'hémorragies capillaires situé à la région postérieure du lobe pariétal droit et n'intéressant que le cortex.

Hémisphère gauche : 530 gr. Foyer d'hémorragies capillaires intéressant la partie supérieure de la frontale ascendante et la partie moyenne de la pariétale ascendante. A la partie profonde du foyer, au niveau de la frontale ascendante, les hémorragies capillaires son agglomérées de façon qu'elles donnent l'impression d'un seul foyer hémorragique.

Cervelet et bulbe : 150 gr. Pas d'athérome des artères de la base
Pas de granulations du plancher du IV^e ventricule.

ORGANES : Poumons. Pas de lésions, le droit pèse 500 gr., le gauche 400 gr.

Cœur. 250 gr., pas d'athéromes. Coloration normale du muscle cardiaque.

Foie. 1,470 gr. Aspect normal.

Reins : le droit pèse 140 gr. ; le gauche 150 gr. Pas de lésions.

Rate. 90 gr.

Pancréas. 100 gr.

Utérus. 340 gr. ; parois hypertrophiées.

Ovaires. Petit kyste dans un des ovaires.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : SYSTÈME NERVEUX.

Cortex. Au niveau de la région motrice gauche, occupée par le foyer d'hémorragie capillaire, la pie-mère est très congestionnée ; suffusions intra-méningées et sous-piemériennes. Toute la pie-mère est infiltrée de polynucléaires et la lumière des vaisseaux renferme également des amas de polynucléaires. Pas d'éléments microbiens. Par places, nécrose des polynucléaires donnant l'impression de pus.

Toute la couche moléculaire est dilacérée par l'hémorragie capillaire et par endroits les autres couches du cortex sont également envahies. Tous les vaisseaux corticaux sont entourés de sang frais et ont leurs parois infiltrées de polynucléaires, donnant l'impression de foyers miliaires puriformes ; certains ont leur lumière complètement obstruée par ces éléments. Dans cette zone, exsudation

séreuse infiltrant le parenchyme. Les cellules pyramidales sont très altérées ; leurs bords sont irréguliers, leur corps ne contient plus de granulations chromophiles ; noyaux pycnotiques. Toutes les cellules sont entourées de granulations irrégulières basophiles (fig. 4 Pl. II). Nombreuses cellules en voie d'autolyse.

Dans la substance blanche sous-corticale, les vaisseaux sont entourés de manchons de cellules mononucléées.

Dans toute cette zone, les cellules névrogliques sont en voie de dégénérescence et leurs corps ne sont plus représentés au Cajal que par des masses irrégulières desquelles s'échappent quelques prolongements granuleux.

Dans les autres régions du cortex, la pie-mère est épaissie et en vahie par de nombreux mononucléaires.

Cellules pyramidales très altérées. Dégénérescence granuleuse. Excentricité du noyau. Dans la substance blanche sous-corticale, nombreux petits vaisseaux qui sont bordés de cellules mononucléées.

Aucun microbe n'a été décelé dans les zones hémorragiques et dans les autres régions.

Noyaux caudés et putamen. Vaisseaux entourés de cellules rondes. Quelques hémorragies péricapillaires. Lésions cellulaires profondes : dégénérescence granuleuse et atrophie cellulaire aiguë. Nombreuses cellules en voie d'autolyse.

Cervelet. Lésions des cellules de Purkinje. Pas d'autres altérations.

Pédoncule et bulbe. Altération peu accusée du locus niger et des noyaux des nerfs craniens. Pas de lésions vasculaires.

Hypophyse. Normale.

Moelle. Au niveau de la moelle lombaire, nombreuses cellules des cornes antérieures en voie d'atrophie.

ORGANES. *Foie.* Congestion intense. Dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques dans la zone sus-hépatique. Quelques foyers de cellules mononucléées dans les espaces portes.

Reins. Légère dégénérescence granuleuse des cellules des tubes urinifères. Pas d'autres lésions.

Rate. Très congestionnée. Légère sclérose.

Pancréas. Pas de lésions.

Ovaires. Normaux. Nombreux follicules. Pas de lésions inflammatoires, mais nombreuses hémorragies interstitielles.

Utérus. Nombreux petits foyers hémorragiques distribués d'une

façon diffuse dans la paroi musculaire ; pas de lésions inflammatoires. Muqueuse détruite et infiltration purulente du chorion par endroits.

OBSERVATION XII. — M^{lle} De... Suzanne, 24 ans, institutrice, entrée le 14 novembre 1931. Grand' mère maternelle suicidée, avait eu des hallucinations. Un frère arriéré. Père et mère en apparence normaux.

Elle-même n'a jamais présenté de troubles mentaux appréciables. Elle avait seulement la tête « un peu dure », mais réussit cependant ses études d'institutrice.

Le 9 octobre, avortement provoqué d'une première grossesse de 6 semaines environ. Depuis, De... reste déprimée, inquiète, irritable et se plaint de douleurs abdominales. Céphalées, insomnie, avec surexcitation, dès le milieu d'octobre. Phénomènes hallucinatoires auditifs et visuels, subconfusion, aurait présenté des fausses reconnaissances. Ces troubles s'exagèrent à partir du 17 octobre, date à laquelle elle doit cesser sa classe et est envoyée par sa famille loin de son village, à Paris. Elle n'aurait pas eu de fièvre à ce moment. Aggravation progressive de l'état d'énervement, toutefois encore compatible avec le séjour à l'hôtel. Apparition soudaine, le 11 novembre, d'un court accès d'excitation avec cris, violences, bris de matériel, tentatives de défenestration. Nouveaux accès le 12 et le 13, puis l'état d'agitation devient permanent.

Le 14, à l'entrée, on constate une excitation psychomotrice continue, réponses brèves et à peu près exactes ; elle prétend commander à tout le monde. Déambulation dans la salle de consultation ; elle bouscule tout, donne des coups de pieds dans les meubles. Opposition à l'examen. Propos érotiques. Cris. Insomnie.

Le 15, confusion mentale aiguë, avec agitation. Désorientation, se donne 22 ans, ne sait où elle se trouve, ne croit pas être à Paris, se dit entrée depuis plusieurs jours. Propos ambitieux, elle va jouer un rôle, elle fait partie d'une mission d'études ; ou bien préoccupations érotiques, absence de toute pudeur, dénudation, attitudes passionnelles. Incohérence, parle de s'arracher tous les poils pour qu'ils deviennent blancs.

Turbulence : elle bouleverse sa literie. Violences. Refus d'aliments. Etat toxi-infectieux grave. Pâleur, langue et lèvres desséchées. Sueurs. Fièvre : 39°2 le matin, 38°4 le soir.

Examen du sang : Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn sont négatifs. Azotémie : 0, 46.

De... est hospitalisée le lendemain au pavillon de chirurgie.

Le même état confusionnel y persiste d'abord avec agitation violente et refus d'aliments. Puis un état stuporeux s'installe, avec mutisme, aucun effort apparent pour répondre ; seuls les mouvements des yeux et une mimique assez adaptée indiquent que la malade entend qu'on lui parle. Mouvements automatiques des membres (flexion, extension). Alimentation plus facile. Cachexie pourtant rapide. Sueurs abondantes.

Température oscillant entre 38°5 et 40°.

Un curettage utérin, pratiqué par le Dr Mauclaire, ramène quelques débris placentaires.

Pas d'amélioration consécutive. Affaiblissement progressif. Stupeur.

Décès le 23 novembre.

EXAMEN MACROSCOPIQUE (autopsie 24 novembre).

SYSTÈME NERVEUX. Rien de particulier à l'extraction de l'encéphale, congestion intense de la pie-mère et de la substance grise. Suffusions sanguines méningées diffuses. Dans l'hémisphère droit, foyer d'hémorragies miliaires confluentes intéressant la substance grise et la substance blanche sous-corticale du pied de la première frontale, de la partie supérieure de la frontale ascendante, de la partie supérieure du lobe pariétal. L'ensemble de cette zone a la grosseur d'une noix. Autour de cette zone, le tissu nerveux a un aspect jaunâtre et ramolli.

Petites taches hémorragiques sous le plancher du IV^e ventricule.

L'hémisphère droit pèse 560 gr., le gauche 490 gr., le cervelet et le bulbe 150 gr.

ORGANES : *Poumons*. Rien de particulier ; le gauche pèse 325 gr., le droit 360 gr.

Cœur. 310 gr. ; pas de lésions des orifices ; aspect normal.

Foie. 1.985 gr., aucune lésion macroscopique.

Reins. Le gauche pèse 125 gr., le droit 180 gr. ; pas de lésions.

Rate. 125 gr.

Thyroïde. 29 gr.

EXAMEN MICROSCOPIQUE : SYSTÈME NERVEUX.

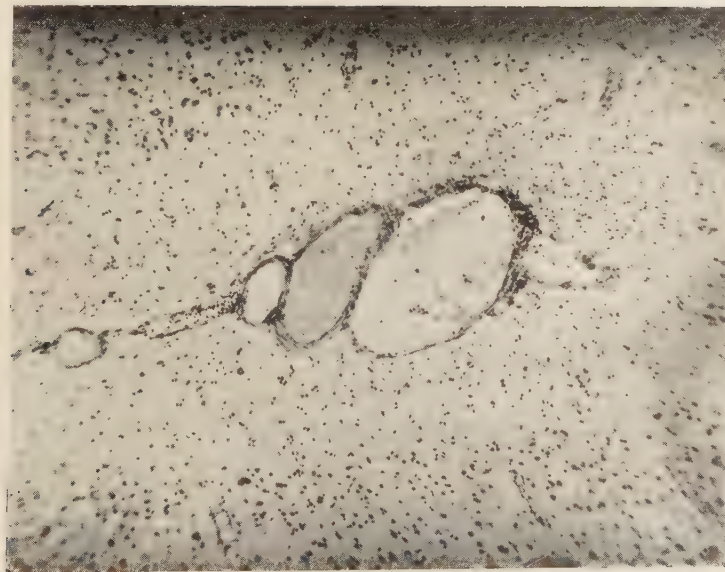


Fig. 5.

Obs. XII. — Deuxième frontale droite. Fond de sillon avec infiltration
mningée lymphocytaire. Méthode de Nissl. D. 70.



Fig. 6.

Obs. XII. — Veine atteinte de périvascularite située dans le bras
antérieur de la capsule interne gauche. D. 70.

Méninges. Suffusions sanguines pie-mériennes et sous-pie-mériennes. Adhérences de la pie-mère au cortex. Au fond des sillons, infiltration méningée par des monocytes lymphocytaires (fig. 5 Pl. III).

Cortex. Lésions cellulaires accusées : coloration pâle du protoplasma et disparition des granulations chromophiles. Excentricité des noyaux. Dans les couches profondes, satellitose de nombreuses cellules.

Les cellules névrogliques ne paraissent pas lésées, ni hypertrophiées ; nombreuses cellules microgliales satellites des vaisseaux.

Les vaisseaux et principalement les capillaires de la substance blanche sous-corticale sont entourés ou bordés de cellules rondes. L'adventice des vaisseaux est encombré de blocs de pigments jaunes-verdâtres par la méthode de Nissl.

Noyaux gris centraux. Infiltration considérable des parois de nombreux vaisseaux par des cellules embryonnaires (fig. 6 Pl. III). Lésions cellulaires diffuses, nombreuses cellules en voie de désintégration sans neuronophagie.

Couches optiques. Lésions des cellules très accusées. Cellules en voie de désintégration sans neuronophagie. Corps cellulaires granuleux ne renfermant plus de granulations chromophiles ; bords irréguliers, noyaux excentriques. Peu de réactions vasculaires.

Cervelet. Suffusions sanguines intra-piemériennes. Infiltration de la pie-mère par de nombreux macrophages. Aspect flou du corps des cellules de Purkinje. Pas d'autres lésions.

Pédoncules cérébraux. Les cellules du Locus Niger paraissent normales. Légère réaction périvasculaire.

Bulbe. Lésions de nombreuses cellules des olives. Les cellules des noyaux des nerfs crâniens sont peu altérées.

Hypophyse. Congestion. Légère sclérose diffuse.

Moelle. Lésions très légères des cellules des cornes antérieures. Pas de lésions des cordons. Vaisseaux normaux.

ORGANES : *Foie.* Légère dégénérescence grasseuse diffuse des cellules hépatiques. Pas d'autres lésions.

Rate. Normale.

Utérus. Pas de lésion inflammatoire. Muqueuse saine. Nombreuses hémorragies dans la paroi musculaire.

Ovaires. Nombreux follicules. Pas de nodules infectieux. Quelques foyers d'hémorragies interstitielles.

Corps thyroïde. Les acini sont remplis de substance colloïde. Aucune lésion.

Pour les six observations qui vont suivre, nous ne possédons pas la confirmation anatomo-pathologique.

La première concerne un cas de psychose post-éclampsique.

OBSERVATION XIII. — L... Léa, 33 ans, entrée le 25 mars 1931.

C'est une primipare qui n'a jamais présenté de troubles mentaux. Les antécédents héréditaires ne sont pas connus.

Albuminurie importante dans les derniers mois de la grossesse. Accouchement prématuré à 7 mois d'un garçon mort-né le 19 mars. Traitée à Boucicaut, elle présenta de « l'éclampsie » d'après les renseignements que nous avons pu obtenir. La « crise » fut suivie d'un état d'obnubilation profonde avec mutisme presque complet et « inconscience ». Il y eût, semble-t-il, ensuite une certaine accalmie pendant 2 ou 3 jours, malgré la persistance d'un état infectieux avec fièvre.

Apparition le 23, deux jours avant l'entrée, de l'état confusionnel qui motive l'admission dans le service.

Confusion avec agitation. On ne peut obtenir de réponses aux questions posées, bavardage incohérent. Hallucinations auditives et visuelles, attitudes d'effroi, se détourne comme de spectacles terrifiants et demande protection. Cris, appels pendant des heures, coups dans la porte, essais de fuite et de violences. État toxico-infectieux, langue et lèvres desséchées. Subictère net.

La température est de 38° et s'y maintient jusqu'au 27 mars. Cependant l'alimentation reste suffisante, la malade s'alimente presque sans difficulté.

Réflexes tendineux vifs. Pas de signes oculaires. Les jours suivants l'état confusionnel reste le même, déclamations incohérentes, malignité, cherche à frapper. Insomnie presque complète. L'alimentation est toujours facile. La fièvre s'élève à 39° le 28 mars.

Diminution de l'agitation et des violences. Affaiblissement rapide les jours suivants. Collapsus. Décès le 31 mars, 12 jours après l'accouchement. Température terminale : 41°8.

A signaler qu'un examen gynécologique (Dr Mauclair) n'a montré qu'une « infection puerpérale légère ».

Azotémie : 1 gr. 10 le 26, 1 gr. 42 le 30.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,22 ; globuline : 0 ; leuco. : 1,6. Benjoin : 00000.22221.00000. Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs.

Examen hématologique : Globules rouges : 3.620.000. Globules blancs : 20.800 dont lympho : 14 ; moyens mono : 4 ; grands : 1 ; poly. neutrophiles 81 % ; légère anisocytose, pas de poikilocytose. Hémoglobine : 50 %. (M^{lle} Salamon).

Rétention chlorée et azotée dans le liquide céphalo-rachidien au moment du décès. Urée : 1 gr. 21 ; chlore : 5,77 ; glycorachie : 0,39.

OBSERVATION XIV. — M^{me} B... Madeleine a des antécédents chargés. Fille d'alcoolique, elle a eu à l'âge de 13 ans (en 1918) une « grippe espagnole » grave à la suite de laquelle elle est restée « bizarre ». Mariée à 17 ans. Premier accouchement (normal) à 18 ans. A la suite de cet accouchement, crise d'excitation avec confusion ayant duré un mois (traitée en maison de santé). A 20 ans, deuxième accouchement (normal). Six mois après, crise d'excitation ayant duré 5 semaines (traitée en maison de santé).

A 24 ans, elle entre à l'Hôpital Henri Rousselle pour accès hypomaniaque (7 mai 1929).

Enjouement, logorrhée, gesticulation par intervalles. Elle sort améliorée au bout de trois semaines. Le 2 février 1932, troisième accouchement (normal). Trois semaines après, agitation confuse, insomnie. Elle entre à nouveau à l'Hôpital Henri Rousselle le 3 mars 1932. État confusionnel avec anxiété. Mutisme, inertie. Par instants, turbulence, cris, tentatives de fuite. Température : 38°.

Retour de couches le 10 mars. Aggravation de l'état général. État stuporeux. Lèvres sèches.

Sueurs abondantes.

Le 15, élévation brusque de température (40°4).

État semi-comateux. Myoclonies.

Les examens de laboratoire révèlent une septicémie à micrococcus tetragènes. Urée : 2,85.

Décédée dans le coma le 19 mars 1932.

OBSERVATION XV. — M^{me} S... Esther, 24 ans, entrée le 1^{er} octobre 1931 venant de l'hôpital Rothschild. Juive russe. Père

bien portant. Mère morte jeune, on ne sait de quoi (tuberculose probable). Une tante maternelle a présenté un état dépressif (traitée 3 mois dans une maison de santé).

Elle-même n'a jamais présenté de troubles mentaux. Primipare. Grossesse normale. Accouchement sans incident le 20 septembre. Fille bien portante, poids : 2.720 grammes, placenta : 520 grammes. Suites normales. Apyrexie. Le 8^e jour, énervement, inquiétude, veut partir immédiatement chez elle. Insomnie.

Le 29, confusion avec propos incohérents et agitation motrice. Cris, menaces et violences contre l'entourage. Excitation euphorique avec érotisme à d'autres moments.

A l'entrée dans le service, même état d'agitation, logorrhée incohérente. Thème passager de persécution : la sage-femme lui a fait des misères, la battait, lui avait changé son enfant. Cris. Coups dans la porte, laceration de linge, sputation. Alimentation difficile. Température : 38° le 2 octobre. Réflexes tendineux vifs. Tremblement. Corps thyroïde gros, exophtalmie légère.

Hospitalisée le 2 au pavillon de chirurgie. Persistance de l'état confusionnel avec agitation et symptômes toxi-infectieux. Fièvre au-dessus de 38°. Curettage le 6 octobre. Pas de baisse de la température.

Affaiblissement progressif. Coma. Décès le 12 octobre.

Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. Meinicke positif. Urée : 0,37 à l'entrée. De nouveaux examens n'ont pas pu être pratiqués.

OBSERVATION XVI. — P... Lucienne, 26 ans, entrée le 29 octobre 1931. Envoyée par le Dr Baruk « pour un état d'excitation maniaque déclenché après un accouchement récent ».

Père alcoolique mort noyé (accident ou suicide).

Mère obèse, 56 ans. La malade est la 11^e d'une famille de 12 enfants, plusieurs sont morts, tous les autres débiles. Elle-même est peu instruite, pas de certificat d'études, elle passe pour avoir un certain bon sens. Nerveuse, elle a présenté des crises névropathiques avant et depuis son mariage.

Primipare, accouche normalement à terme d'une fille bien portante le 14 octobre.

Les premiers troubles apparaissent 3 à 4 jours après. Céphalées

violentes, douleurs « dans les yeux », se mettait des compresses sur le front ou même des fruits qui lui donnaient une impression de fraîcheur. Logorrhée sans idées délirantes. Apyrexie. Sortie de la clinique le 11^e jour.

Trois jours plus tard, excitation psychique avec turbulence et fièvre : 38°. A l'entrée, 15 jours après l'accouchement, confusion avec agitation violente. Interrogatoire impossible, crie et chante, bouleverse tout, déchire le linge, frappe dans la porte. Violences. Insomnie. Alimentation difficile. Fièvre autour de 39°. Examen gynécologique : métrite puerpérale (Dr Mauclaire).

Même état les jours suivants, déclamations continues, violences. Amaigrissement. Ecchymoses sur le corps, éraflures au nez (se traîne, se frotte par terre). Lèvres et langue sèches, noirâtres, durcies, fendillées. Réflexes tendineux vifs, égaux. Pas de troubles oculaires. Sondage alimentaire. Diarrhée.

L'état physique s'aggrave rapidement. Après une baisse à 37° le 3 novembre, la température atteint 41° le 4, puis présente de grandes oscillations (37°5 — 40°).

En même temps, l'agitation diminue un peu. Le 4 novembre, on note : confusion, désorientation complète, fausses reconnaissances, tutoie les infirmières, les appelle avec des noms de membres de sa famille. A d'autres moments, incohérences, se traîne par terre, frappe des pieds et des poings dès qu'on approche.

La lucidité revient les derniers jours : comprend qu'on la soigne, demande à boire et accepte volontiers ce qu'on lui présente. Se plaint. Abscess de l'aîne. Parotidite droite le 7 novembre. Affaiblissement général. Décès le 10 novembre au matin. Température terminale : 40°.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn négatifs.

Ex. hématologique (à l'entrée) : hématies : 5.400.000 ; leucocytes : 15.400 dont lympho. : 11 ; moyens mono : 3 ; grands : 5 ; poly. neutrophiles : 81 % (M^{lle} Salamon). Azotémie : 0 gr. 60 (30.10) ; 2 gr. 30 (4.11) ; 4 gr. 03 (7.11). Urée du liquide céphalo-rachidien : 7 gr. 39 le 10 novembre ; glycorachie : 1 gr. 98 ; chlororachie : 6 gr. 17.

Hémoculture négative le 30 octobre, positive le 4 novembre . streptocoque hémolytique en longues chaînettes. Le même streptocoque hémolytique est retrouvé le 9 novembre. De même, il est

retrouvé dans l'abcès du pli de l'aîne, dans le pus de la parotidite et enfin dans le liquide céphalo-rachidien (prélevé immédiatement post-mortem).

Les urines, recueillies par sondage, montrent 5 à 15 leucocytes par champ, pas de cylindres, et la culture donne un bacille du groupe proteus (souillure probable).

OBSERVATION XVII. — M^{lle} M... Fernande, 21 ans, entrée le 27 décembre 1931, venant de Baudelocque dont un interne nous donne des renseignements précieux.

Père bien portant, mère normale, 2 sœurs et 1 frère bien portants. Elle-même a toujours été « nerveuse », présentant des colères faciles. Spécificité sans doute acquise, reconnue dès le début de la grossesse et traitée.

Fille-mère. Accouchement normal à Baudelocque le 13 décembre. Frissons les 8^e et 10^e jours avec clochers thermiques à 40°. Lochies fétides, utérus gros et un peu douloureux. Reçoit du sérum anti-streptococcique et du propidon du 23 au 26.

Deux jours avant l'entrée, dans la nuit du 25 au 26, apparition de « troubles délirants » accompagnés de vomissements et de diarrhée.

L'agitation augmente, veut se lever, frappe, crie. Il faut l'isoler. A l'entrée, la malade est plus calme, elle peut être conservée dans le dortoir. Elle crie seulement et cherche à griffer et à frapper dès qu'on l'approche. Désorientation dans l'espace et le temps. État physique grave. Pâleur. Diarrhée continue. Température : 40°. Alimentation liquide assez facile.

Est examinée le lendemain au pavillon de chirurgie où elle reste hospitalisée. Curettage sans modification favorable de l'état. Fièvre en plateau à 40°.

Stupeur. Décès le 31 décembre.

Bordet-Wassermann, Meinicke, Kahn du sang, positifs.

Azotémie : 1 gr. 30 (28-12).

Hématies : 4.160.000. Leucocytes : 23.000 dont lympho : 10 ; moyens mono : 14 ; grands : 3 ; polynutrophiles : 73 pour 100. Hémoglobine : 63. Valeur globulaire : 0,76 (M^{lle} Salamon).

Le sérodiagnostic est négatif pour le b. d'Eberth et les paratyphiques. L'hémoculture (28-12) est positive après 72 heures à

l'étuve et donne un streptocoque en chaînettes courtes et peu hémolytique (M^{lle} Salamon).

Obs. XVIII. — M^{me} P... Clotilde, 27 ans, présente des antécédents chargés. Sa mère aurait été internée pendant la guerre pour un accès d'excitation. Un de ses frères serait devenu sourd-muet à la suite d'une méningite en bas âge. Elle même a passé une partie de son enfance en pays occupé. Peu communicative, de caractère « renfermé », elle était sensible à l'excès et pleurait pour des motifs futiles.

Première grossesse absolument normale. Elle accouche sans incident le 2 juillet 1932 d'un garçon bien conformé.

Suites normales sans température.

Puis, brusquement, sept jours après son accouchement, elle présente un état confusionnel avec anxiété. Elle réclame sans cesse une lettre qu'elle aurait écrite : « Tu l'as ? » « Tu l'as pas ? », etc. Température : 37°8. Dès le lendemain, sa confusion s'aggrave. Agitation désordonnée, cris. Elle entre à l'Hôpital Henri Rousselle le jour même (10 juillet 1932). Excitation confusionnelle avec violences contre le personnel. Cris, gémissements. Se mord les poignets, veut mourir. Température : 39°2.

Cet état persiste plusieurs jours. Pendant ses périodes d'accalmie, elle manifeste quelques vagues idées de persécution. Les infirmières ne lui laissent pas la paix. Elles font sur elle des expériences pour trouver un remède pour accoucher sans douleurs. On veut l'affaiblir pour la faire parler. Température : 38°5 à 39.

Opposition à l'examen physique. Langue sèche. Lymphocytose. Urée sanguine : 1 gr. 85. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Aggravation progressive de la confusion et de l'état physique. Refus de toute alimentation.

Transférée au pavillon de Chirurgie, un curettage est pratiqué. La température continue cependant à augmenter progressivement.

Hémoculture négative.

Elle décède le 15 juillet 1932.

II. — *Evolution vers la chronicité*

OBSERVATION XIX. — M^{lle} Ch... Jeanne, 22 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 23 mai 1923. Aucun antécédent. Accouchée prématurément le 5 mai. Trois jours après l'accouchement, confusion mentale avec agitation violente, refus d'aliments nécessitant le sondage. Puis, stupeur alternant avec des crises de colère et des violences. Albuminurie : 0 gr. 50. Température le 6^e jour : 38°2, sans cause obstétricale. Cet état persiste sans changement jusqu'à son placement à l'asile le 4 juin 1923.

Elle reste confuse pendant de longs mois avec des périodes de stupeur et d'agitation alternés, cris, pleurs, violences, hallucinations probables de la vue et de l'ouïe. Traces d'albumine. Azotémie : 0,33.

En septembre 1923, elle est transférée à l'asile d'Aurillac toujours en état confusionnel. Elle y est décédée le 24 septembre 1928. L'enfant n'a vécu que quelques jours.

OBSERVATION XX. — M^{me} K... Marie, 31 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 13 juillet 1927. Secondipare. Accouchement normal le 1^{er} juillet. Deux jours après l'accouchement, dit qu'on veut empoisonner son enfant, qu'on veut la faire enfermer, demande pardon.

Urobilinurie. Azotémie : 0,29. Bordet-Wassermann du sang positif. Meinicke négatif. Liquide céphalo-rachidien normal.

Réactions anxieuses nécessitant le placement à l'asile le 22 juillet : « Est atteinte de psychose puerpérale avec état confusionnel et anxieux. Appréhensions multiples : croyait qu'on voulait empoisonner son enfant à l'hôpital, craint que son mari la quitte ; se croit perdue. Demande pardon ; dit qu'elle n'a rien fait de mal.

Soupirs, gémissements ; opposition. Refus d'aliments.

Paris, le 22 juillet 1927 (D^r Roger Dupouy). »

Aucune amélioration à l'asile.

Elle est transférée à Vauclaire le 3 juin 1930, avec le diagnostic suivant :

« Délire chronique hallucinatoire de persécution » (D^r Courbon).

Elle y est encore actuellement (août 1932).

Son enfant, d'après des renseignements indirects, serait en bonne santé.

OBSERVATION XXI. — Mme R... Tamara, 32 ans, russe, venant de la Maternité de Boucicaut, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 15 novembre 1927. Accouchée onze jours auparavant. Suites normales. Huit jours après l'accouchement, confusion avec violences et crises de fureur rendant le placement nécessaire le 18 Novembre avec le certificat suivant : ... « Est atteinte de confusion mentale post-puerpérale. Dysmnésie, désorientation. Croit son enfant mort. Anxiété. Mutisme par intervalles. A d'autres moments, jovialité et plaisanteries. Turbulence incessante. Chants, déclamations. Laceration. Violences envers les autres malades. Dénudation. Malpropreté extrême. Gâtisme. Barbouillage. Refus d'aliments. Amaigrissement. État général précaire.

Paris, le 18 novembre 1927 (Dr Roger Dupouy). »

L'état général s'améliore rapidement, mais l'excitation confusionnelle persiste. Elle est transférée à Ville-Evrard le 13 janvier 1928. Malgré une très légère amélioration, elle est transférée à Cadillac le 8 février 1928. Elle en sort dès le lendemain bien que non guérie.

Mais le 2 avril 1931, elle est placée à nouveau à Sainte-Anne pour un état mélancolique avec tendances au suicide. Confusion mentale. Mauvais état général. Le certificat de quinzaine signale : État de stupeur avec mutisme, inertie, négativisme. (Edème de Quincke) (Dr Mignot).

Puis l'état dépressif fait place à un état d'excitation confuse. Elle est transférée à Vauclaire le 8 décembre 1931.

Au cours d'une rémission, elle est remise en liberté le 22 avril 1932.

Mais, quelques jours plus tard, elle entre à nouveau à Sainte-Anne pour « état d'excitation avec agitation désordonnée, résistance, insomnie » (Dr Simon).

Le 9 mai 1932, elle est transférée à Ville-Evrard : « Confusion maniaque, agitation intense, désordre des actes, insomnie » (Dr Mignot).

Elle est à nouveau transférée à Cadillac le 24 juin 1932. Son état est resté le même (septembre 1932).

OBSERVATION XXII. — Mlle F... Marie, 26 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 19 novembre 1927. Accouchement normal il y a 20 jours. Cinq jours après l'accouchement, excitation confuse

avec épisodes oniriques. Anxiété, gémissements, pleurs, turbulence. Gâtisme. Mauvais état général. Albuminurie : 0, 13.

Placée à l'asile Sainte-Anne le 21 novembre. Son état reste inchangé. Elle est transférée à l'asile de Clermont-Ferrand le 26 janvier 1928. La chronicité est évidente.

OBSERVATION XXIII. — M^{me} G... Marie, 25 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 21 novembre 1927. Primipare, accouchement normal. Neuf jours après : Confusion mentale. Excitation par intervalles. A d'autres moments, mutisme, négativisme. Dénudation, barbouillage. Mauvais état général.

Elle est placée à l'asile le 22 novembre 1927. A l'occasion d'une légère amélioration, elle en ressort le 15 mars 1928. Mais, le jour même, elle entre à nouveau dans le service. Elle présente des signes évidents de chronicité et le 17 mars 1928 le certificat d'internement suivant est rédigé : « Psychose discordante post-puerpérale. Désordre des actes. Cris. Violences envers son mari. Propos entièrement décousus. Instabilité motrice. Turbulence, puérilisme, langage enfantin. Rires niais. Stéréotypies. Grimaces. Négativisme. Refus d'examen et d'aliments. (D^r Roger Dupouy). »

OBSERVATION XXIV. — L... Hortense, 35 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 4 mai 1928.

Un an auparavant, quelques jours après un accouchement, a présenté un état confusionnel avec idées de persécution nécessitant un internement à l'asile de Châlons.

Sortie d'essai il y a 8 jours. Elle présente un tableau de démence paranoïde. Propos incohérents, idées de persécution, d'influence et de grandeur, sans systématisation. Azotémie : 0. 37. Bordet-Wassermann négatif.

Elle est internée à nouveau le 10 mai 1928. A Sainte-Anne, on note : « Hallucinations psychomotrices et de la sensibilité générale. Voix dans l'estomac, sensations électriques. Inhibition. Demi-mutisme. » (D^r Trénel).

Elle est actuellement (août 1932) à Vauclaire où elle a été transférée le 14 août 1931 : « Démence paranoïde. » (D^r Courbon).

OBSERVATION XXV. — M... Andrée, 24 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 13 juillet 1929. Primipare. Accouchement normal

le 25 juin 1929. Huit jours après, élévation brusque de température à 40° sans localisation infectieuse décelable. Apparition de crises d'excitation confuse violente avec cris, turbulence, dénudation. Intervalles de calme avec parfois quelques réponses adaptées mais inexactes. Amaigrissement rapide. Au bout de quelques jours, état cachectique avec selles diarrhéiques et température oscillant entre 37° et 40°.

L'état général s'améliore progressivement vers la fin du mois de juillet. Température subnormale. Mais l'état confusionnel persiste. Propos incohérents, fausses reconnaissances. Le 2 août, début de phlébite gauche avec reprise de température. Aucune modification de l'état mental. Guérie de sa phlébite vers le 13 août, elle semble s'orienter vers un état confusionnel chronique : indifférence, vague euphorie, désordre, incohérence. Elle est placée à l'asile Sainte-Anne le 14 août. La chronicité se confirmant, elle est transférée le 21 septembre à l'asile de Clermont, où elle est encore actuellement (novembre 1932).

OBSERVATION XXVI. — M^{me} H... Marie, 27 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle en juillet 1929. Une pleurésie à 18 ans. Quelques hémoptysies à 24 ans. Accouchement le 3 juillet 1929. Quelques jours après, confusion mentale aiguë. Son état ne s'améliorant pas, elle est placée à l'asile Sainte-Anne le 21 juillet. Elle est transférée à Villejuif le 29 juillet. Passage à la chronicité. Elle est transférée à Pau le 17 septembre 1929. Pas d'amélioration.

L'enfant est mort le 12 août 1929.

OBSERVATION XXVII. — M^{me} A... Anna, 26 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 30 janvier 1930.

Elle a accouché (première grossesse) une dizaine de jours auparavant d'un garçon bien portant.

Depuis la veille, excitation psycho-motrice avec propos incohérents.

Dans le service, confusion mentale, désorientation totale, mutisme par périodes. A d'autres moments, excitation psychique avec incohérence des propos, cris, chants, appels. Hallucinations auditives auxquelles la malade répond avec violence. On lui dit qu'« elle

a avalé ses dents », qu' « elle est vierge », qu'elle va « casser sa pipe », que « Napoléon est mort à Sainte-Hélène ».

Parfois on la trouve en prières, déclamant sa grâce à Dieu.

La température n'atteint 38° que pendant les trois premiers jours, puis elle se fixe autour de 37°. Alimentation difficile. Etat saburral.

Elle est envoyée pendant quelques jours au Pavillon de Chirurgie pour soins locaux, (infection puerpérale légère).

Le 19 février, à son retour, elle est plus calme. Les examens de laboratoire donnent : Azotémie : 0, 31. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Urines normales. Formule sanguine normale. Glycémie, glycémie alimentaire et adrénalinique, cholestérinémie normales.

La confusion a fortement diminué, mais les idées de persécution apparaissent : On lui fait, « à elle une femme mariée, des choses honteuses ». Elle accuse les infirmières, puis les « voix ».

Le 28, l'agitation reprend : turbulence, déclamations, coups dans les portes, violences, bris de carreaux, pleurs ou chants. Propos incohérents, idées de persécution sans systématisation.

Le somnifère intra-veineux ramène le calme. Son mari tente une sortie d'essai le 18 mars contre avis médical.

Le 21, elle rentre dans le service. Elle présente un état d'excitation de type maniaque. Toute confusion a disparu, elle est bien orientée. Hostilité, violences, cris, chants, bris de vitres.

Retour de couches, le 10 avril.

Amélioration nette. Elle commence à s'occuper un peu dans le service tout en restant logorrhéique, autoritaire, parfois violente.

Le 29, elle peut être mise avec des malades calmes. Elle redevient coquette, aide au ménage et aux soins à d'autres malades, mais reste exubérante, facilement irritable.

Augmentation de poids de 3 kg du 23 mars au 11 mai.

Le 18 mai, l'agitation reprend. Cris, chants, bris d'objets, violences au personnel.

Elle est placée à l'asile le 22 mai.

A Ville-Evrard, l'agitation fait place à la dépression.

Le 26 mai, on note : « Confusion mentale avec réactions dépressives. Négativisme. Gâtisme... »

Le 18 janvier 1931, le mari obtient une sortie d'essai. Il doit la ramener le lendemain. Le certificat signale « ... état dépressif avec

idées d'auto-dépréciation, asthénie, reproches d'indifférence, sentiment de transformation, conscience et honte de sa situation. Echo de la pensée. Idées de persécution et de jalousie vis-à-vis de sa belle-sœur... » (Dr Gouriou, 19 janvier 1931).

Depuis, pas de changement. Négativisme. Semi-mutisme. Gâtisme. Par périodes, refus de conserver ses vêtements.

Elle est encore à l'Asile (novembre 1932).

OBSERVATION XXVIII. — M^{lle} B... Berthe, 41 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 4 février 1930. Pas d'antécédents connus. 2^{ème} accouchement le 24 janvier 1930. Dix jours après, excitation motrice, turbulence continue, cris, jeux de mots. Température : 38° à 39°.

Légère infection utérine. Azotémie : 0,45. Bordet-Wassermann négatif. Meinicke positif.

Le 12 février, l'azotémie est montée à 0,95.

Elle est placée à l'asile en raison de son agitation le 24 février. Son état évolue rapidement vers la chronicité.

Le 7 juillet 1931, elle est transférée à l'asile de Saint-Dizier : « Démence précoce post-puerpérale. » (Dr Pascal).

OBSERVATION XXIX. — M^{me} D... Andrée, 26 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 6 juillet 1931. Accouchement difficile le 14 mai 1931. Dix jours après, état confusionnel à forme mélancolique. Hypochondrie, elle va mourir. Temp. 38° à 39° pendant 10 jours.

Anémie : 20.000 globules blancs dont 91 % de polynucléaires neutrophiles.

Son état ne s'améliorant pas, elle est placée à l'asile pour dépression chronique, le 2 septembre 1931.

En novembre, on note : « même état, refus d'aliments ».

OBSERVATION XXX. — M^{me} P... Elise, 35 ans, turque, marchande foraine, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 27 avril 1932. Pas d'antécédents connus.

Quatre autres grossesses sans incident.

Cinquième accouchement normal trois mois auparavant. Quelques jours après, état confusionnel avec anxiété et hallucinations audi-

tives. On la suit dans la rue, on se moque d'elle, on ricane sur son passage. Hallucinations injurieuses. On lui révèle son infortune conjugale (scandale au domicile de la rivale supposée). Elle est traitée pendant quelques jours en maison de santé. Elle ne peut y être gardée en raison de ses réactions anxieuses (essais de fuite, violences) et est conduite à Henri Rousselle. Elle présente un état sub-confusionnel avec délire hallucinatoire et des idées de persécution paraissant en voie d'organisation. Ils lui en veulent, ils la taquent continuellement. C'est pour gâter son ménage. Violences, bris de carreaux. Réticences serrées.

Etat saburral. Albuminorachie : 0,32.

Elle est placée à l'asile le 30 avril 1932 avec le diagnostic de délire paranoïde.

OBSERVATION XXXI. — Mme d'A... Jeanne, 36 ans, italienne, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 5 mars 1932.

Elle aurait eu pendant la guerre une grippe infectieuse grave. Depuis, notion d'un internement à Naples.

Trois accouchements normaux. Quatre mois après un quatrième accouchement aurait eu un accès dépressif avec refus d'aliments, ayant duré un mois. Traitée à domicile.

Cinquième accouchement le 27 février 1932.

Quinze jours après, état confusionnel avec onirisme terrifiant : ses enfants brûlent, ils seront défigurés, elle est aveuglée par la fumée.

C'est dans cet état qu'elle est amenée à l'Hôpital Henri Rousselle. Turbulence anxieuse, appels, cris. Puis, état dépressif avec vagues idées de persécution. Demi-mutisme.

Elle est placée à l'asile le 7 mars 1932. Elle en sort au bout de quelques semaines. Mais les troubles réapparaissent et elle rentre à l'Hôpital Henri Rousselle le 6 juin 1932.

Excitation, violences, cris. Idées de persécution plus précises. Tout le monde l'ennuie. On parle dans sa tête en toutes les langues ; elle ne peut supporter ça. Réponses à voix haute aux persécuteurs. Bordet-Wassermann et Kahn négatifs. Meinicke partiellement positif.

Elle est placée de nouveau à l'asile le 7 juin 1932 avec le diagnostic de psychose paranoïde (Dr Courtois).

Voici le bref résumé de trois autres observations :

Dans la première, une lente amélioration a permis la sortie de l'asile au bout de 10 ans.

OBSERVATION XXXII. — Mme N... Blanche, 25 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 184.994) le 23 octobre 1920.

Psychose puerpérale. Agitation. Violences. Albuminurie. Son état s'améliore lentement. Elle ne peut être remise en liberté que plus de 10 ans plus tard. Sort de Maison-Blanche, améliorée, le 12 février 1931.

OBSERVATION XXXIII. — Mme B... Pauline, 28 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 187.702) le 27 juin 1921.

Psychose post-puerpérale. Agitation incohérente. Vociférations. Transférée à Maison-Blanche le 9 mars 1923. Pas d'amélioration. Etat maniaque chronique. Incohérence.

Toujours à l'asile (Août 1932).

OBSERVATION XXXIV. — Mlle B... Maria, 32 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 2 janvier 1927. Psychose post-puerpérale. Confusion mentale. Anxiété panophobique. Influences. Violences.

Placement le 5 janvier 1927. Etat schizophrénique avec vagues idées de persécution.

Transférée à Moulins le 9 avril 1927. Même état.

III. — *Evolution vers une rémission suivie, à échéance plus ou moins longue, d'une reprise des troubles mentaux sous la forme d'une psychose chronique.*

OBSERVATION XXXV. — Mme I... Suzanne, 23 ans, ne présente aucun antécédent connu. Elle accouche pour la première fois, à l'âge de 19 ans, le 10 août 1927. Accouchement normal. Au 11^e jour, apparaît un état de confusion mentale aiguë avec idées mélancoliques et anxiété. Fièvre. Elle doit être placée à l'asile. Elle en ressort au bout de 40 jours nettement améliorée. Depuis, elle aurait été parfaitement normale au point de vue physique et mental, malgré une légère tendance à l'inactivité.

Mais, en 1931, apparaissent des crises d'anxiété, accompagnées

de quelques idées mélancoliques. Puis, peu à peu, s'installe un syndrome schizophrénique avec maniérisme, quelques stéréotypies des gestes et du langage. Incurie. Ambivalence. Mélange d'idées d'auto-accusation et d'idées de grandeur. Pleure parce qu'elle est heureuse. Probabilité d'hallucinations auditives et cénesthésiques. Réticences. Opposition. Refus d'aliments.

Entrée à l'Hôpital Henri Rousselle le 31 octobre 1931, elle est placée à l'asile le 3 novembre.

OBSERVATION XXXVI. — M^{me} Ch... Raymonde, 28 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle en janvier 1929. Deux grossesses antérieures sans troubles. Troisième accouchement le 13 décembre 1928. Travail prolongé, forceps. Quatre jours après, apparition d'un état confusionnel avec délire passager. Mais, après une courte rémission, les troubles réapparaissent. Hallucinations et interprétations délirantes. Tentative de suicide (empoisonnement par la teinture d'iode). Au bout de quelques semaines, les troubles s'amendent et elle sort.

Le 21 mai 1929, elle entre à nouveau dans le service. Elle présente un état de dépression atypique. Dès ce moment, on note : « Sourires discordants. Demi-mutisme. Inertie. Indifférence émotionnelle. Évolution probable vers un état paranoïde ».

Elle est placée à l'asile le 24 mai 1929.

A Maison-Blanche, où elle a été transférée le 6 octobre 1929, on note : « ...Hallucinations auditives et phénomènes d'influence surtout sous forme d'arrêt. Persistance atténuée de troubles psychosensoriels... » (D^r Beaudouin).

Elle est encore à l'asile. (Août 1932).

OBSERVATION XXXVII. — M^{me} H... Yvonne, 22 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 14 mai 1929. A toujours été « nerveuse ». Accouchée le 30 avril 1929. Quelques jours après, apparaît un syndrome mélancolique avec vagues idées de persécution. Améliorée, elle sort le 25 juin. Mais le 13 juillet, les troubles réapparaissent sous forme d'un état anxieux avec tentatives de défenestration. Azotémie : 0,25. Réactions humorales négatives.

Elle est placée à l'asile le 16 juillet 1929.

Elle s'améliore progressivement et sort de Maison-Blanche le 29 octobre, paraissant guérie.

Le 14 août 1931, elle est à nouveau internée à Sainte-Anne : « D. P. Confusion, hallucinations et idées de persécution. Monologues, rires ou irritabilité, refus d'aliments par intervalles ». (Dr Simon).

Elle est actuellement à Maison-Blanche. (Août 1932).

OBSERVATION. XXXVIII. — M^{me} G..., Bernadette, 30 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 26 décembre 1931. D'un niveau mental assez bas, elle aurait présenté vers l'âge de 25 ans une petite bouffée anxieuse ayant duré huit jours. Accouchement normal le 23 décembre 1931. Trois jours après, elle présente un état confusionnel avec excitation psycho-motrice et anxiété. Vagues idées de persécution. hallucinations auditives. Température : 38°. Réactions humérales normales. Elle s'améliore progressivement et sort, paraissant guérie, le 5 janvier 1932.

Mais, au bout de quelques mois, apparaissent progressivement des idées de persécution et des hallucinations impératives. Tentatives de suicide

Elle entre à nouveau dans le service, le 8 mai 1932.

Elle présente un état paranoïde net. Réactions humérales négatives.

Elle est placée à l'asile le 9 mai 1932.

IV. — *Évolution vers la guérison des accidents confusionnels avec persistance d'un léger affaiblissement psychique.*

OBSERVATION XXXIX. — M^{me} D... Jeanne, 21 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 185.852) le 13 janvier 1921. Accouchée le 1^{er} Janvier. Une dizaine de jours après son accouchement a présenté un accès confusionnel avec agitation violente. Quelques pertes utérines. Rapidement améliorée, elle sort du service de l'Admission le 5 février 1921. Mais, le 4 Mai suivant, elle entre à nouveau pour « déséquilibre mental, agitation, propos sans suite, idées de persécution. » (Dr. Dagonet). Elle sort de Maison-Blanche, paraissant guérie, le 29 Mai 1921. Son état n'a pas, depuis lors, motivé de nouvel internement, mais elle est restée « bizarre », aux dires de son entourage (Novembre 1932).

OBSERVATION XL. — Mme P... Marie, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 195.916) le 31 juillet 1923. Quelques jours après un accouchement, a présenté un état confusionnel avec agitation anxieuse. Absès du sein (Tempér. 40° 6).

Elle s'améliore progressivement. Le 10 mars 1924, on note : « état mixte ». (Dr. Rogues de Fursac). Elle sort cependant sur la demande de son mari. Elle est restée depuis lors facilement fatigable, avec tendance à l'inactivité. (novembre 1932).

OBSERVATION XLI. — Mlle R... Jeanne, 20 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 198.811) le 25 avril 1924. C'est une déséquilibrée, considérée comme « très nerveuse » par son entourage, incapable d'une grosse activité. Quelques jours après son accouchement, agitation psychomotrice, confusion mentale. Elle s'améliore rapidement et sort guérie de Villejuif le 29 juillet 1924. Actuellement, dépression avec tendances hypochondriaques. (août 1932).

OBSERVATION XLII. — Mme R... Maria, 21 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 13 avril 1928. Primipare. Treize jours après l'accouchement, état confusionnel avec propos incohérents et agitation motrice. Pertes fétides. Tempér. 39°2. Après traitement local, apyrexie, mais persistance de la confusion. Refus d'aliments, gâtisme, conservation catatonique des attitudes.

Placée à l'asile le 8 mai 1928. L'agitation disparaît progressivement et fait place à un état de demi-stupeur mélancolique. Une amélioration nette lui permet de sortir de Maison-Blanche le 6 juillet 1928.

Depuis lors, elle n'a pas eu de rechute, mais semble affaiblie au point de vue mental. Bon état général. (novembre 1932).

OBSERVATION XLIII. — Mlle B... Raymonde, 28 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 29 décembre 1930. Accouchement récent. Quelques jours après : Confusion mentale avec agitation et violences. Céphalées. Température passagère à 38°.

Amélioration progressive. Le 25 Janvier 1931, elle peut quitter le service. Deux mois après, elle avait engraisé de trois kilogs. Mais elle est restée, depuis lors, légèrement déprimée et irritable. Son enfant serait en bonne santé. (août 1932).

V. — *Evolution vers une guérison durable*

OBSERVATION XLIV. — M^{me} Z... Madeleine, italienne, 18 ans, primipare accouchée le 19 mai 1926. Quelques jours après, confusion avec onirisme, agitation violente. Deux tentatives de suicide. Placée à Sainte-Anne, elle en ressort au début de juillet. Retour de couches. Entre dans le service le 12 juillet encore confuse avec hallucinations visuelles et auditives, craintes de mort, vellétés de meurtre de son enfant. Périodes d'excitation avec irritabilité non motivée : violences, mord, griffe, essaie de briser les carreaux, etc... Sortie améliorée le 8 août. Mais chez elle, reste inactive, tient des propos souvent incohérents, parle seule, ne s'occupe nullement de son enfant, ne veut voir personne, rit sans motif. Violences contre son mari.

Deuxième entrée le 23 août. Propos enfantins, maniérés, avec indifférence affective, rires ou pleurs sans motifs. Lenteur de l'idéation. Céphalées. Tension artérielle : 91/2-8 1/2 (Vaquez). Urobilinurie, Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Règles irrégulières. Nouvelle sortie le 17 septembre 1926 avec amélioration de l'état physique et mental. Mais certains troubles persistent. Chez elle, elle est apathique, a quelquefois des hallucinations auditives. Progressivement l'amélioration s'accroît, et, au bout d'un an, son mari la considère comme guérie.

Elle serait actuellement parfaitement normale. (août 1932).

Son enfant, après avoir eu, pendant ses premières années, une croissance difficile (rachitisme, terreurs nocturnes, etc.) serait en bonne santé.

OBSERVATION XLV. — M^{me} G... Blanche, 27 ans. A le 24 octobre 1927 une fausse couche de 7 mois provoquée par un traumatisme (?) et suivie d'hémorragies abondantes.

Début des troubles douze jours après : excitation de type maniaque avec agitation motrice.

Elle est placée à Sainte-Anne, d'où elle sort légèrement améliorée le 6 décembre 1927.

Reprise immédiate des troubles du début.

Elle entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 8 décembre.

Excitation, avec cris, chants, causticité, hostilité. Dénudation, érotisme. Onirisme, insomnie. Violences

Elle est placée à nouveau à l'Asile le 15 Novembre 1927. Quinzaine : « Psychose puerpérale. Excitation psychique. Hostilité, récriminations, rabâchages, turbulence, opposition, insomnie. Croît entendre pleurer son fils. Mauvais état général. A maintenir. » (Dr Trénel).

Le 6 décembre 1927, légèrement améliorée, elle sort sur les instances de son mari.

Quelques jours après, reprise des troubles. Elle est placée pour la troisième fois à Sainte-Anne. De là, elle va à Maison-Blanche : « Excitation maniaque. Loquacité diffuse, fragments de refrains populaires, coq-à-l'âne, clignements d'yeux, signes d'intelligence, claquements de langue, enrouement, érotisme. Haleine fétide. A maintenir. 17 Décembre 1927. » (Dr Beaudouin).

Elle est transférée le 15 Février 1928 à l'asile de Clermont (Oise) d'où son mari la fait sortir au bout de quelques semaines.

Actuellement, d'après les renseignements fournis par le mari (Septembre 1932), elle semble en bonne santé.

OBSERVATION XLVI. — M^{lle} A.. Henriette, 28 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 24 mars 1930. Père alcoolique suicidé à 36 ans, 2 sœurs bien portantes. Elle-même fut toujours apathique, indifférente, aimant à s'isoler. Hémoptysie en 1927. Traitée en sanatorium.

Enceinte de 3 mois, tentative d'avortement, infection, fièvre à 40°, curettage à l'hôpital.

Deux jours après, crise subite nocturne d'anxiété.

A l'entrée, confusion mentale, fausses reconnaissances, hallucinations auditives, anxiété avec craintes de mort. Cris, chants, dénudation, laceration de linge.

La confusion s'atténue peu à peu. Mais, après une accalmie de courte durée, reprend à nouveau, accompagnée d'agitation violente.

Mauvais état général. Poids : 41 kg. 500. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,56 (25 mars). Anémie : globules rouges : 4.200.000, globules blancs : 8.400 (29 mars) ; globules rouges : 3.200.000, globules blancs : 6.400 (9 mars).

Elle est placée à l'asile le 12 mai.

L'état confusionnel s'améliore lentement.

Elle sort de l'asile le 8 octobre 1930.

Elle n'a pas depuis lors présenté de rechute.

Son état est le même qu'avant sa grossesse. (novembre 1932).

Voici le bref résumé d'une observation analogue :

OBSERVATION XLVII. — Mme T..., Aimée, 30 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (M^{le} 184.246) le 20 août 1920. Psychose post-puerpérale. État confusionnel avec propos sans suite. Impulsions.

Amélioration progressive. Sort de Maison-Blanche, guérie, le 28 mars 1921.

Elle paraît actuellement en bonne santé.

Son enfant est normal. (septembre 1932).

B. — LE DÉLIRE INFECTIEUX POST-PUERPÉRAL

Nous ne classons dans ce groupe que les psychoses survenant chez des femmes sans antécédents psychopathiques personnels importants, *lorsque l'étiologie infectieuse est évidente*. Les troubles débutent le plus souvent le lendemain ou le surlendemain de l'accouchement.

Ils consistent en un état confusionnel aigu avec hallucinations et agitation. Dans quelques cas, on peut voir s'installer un état mélancolique grave avec anxiété et tendances au suicide.

L'évolution est rapide.

Dans beaucoup de cas, le traitement de l'infection amène une atténuation brusque des troubles mentaux. Au bout d'un temps relativement court, ces derniers ont complètement disparu.

Parfois, l'amélioration est progressive. Mais toujours la guérison est obtenue au bout de quelques semaines (de quinze jours à trois mois).

Cette guérison semble définitive. Nous avons pu retrouver un certain nombre de malades traitées il y a plusieurs années au Pavillon de Chirurgie. Aucune d'elles n'a, jusqu'ici, présenté de récurrence mentale. Une seule semble légèrement affaiblie au point de vue psychique. Toutes les autres sont en excellente santé. Or, les accidents confusionnels remontent, pour certaines, à 10, 11 et 12 ans.

Cette absence presque absolue de séquelles lointaines oppose très nettement le pronostic des délires infectieux à celui des autres formes de psychoses puerpérales.

Voici les observations, très brièvement résumées, des cas dont nous avons pu connaître le pronostic éloigné.

OBSERVATION XLVIII. — M^{me} M... Marie, 22 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (M^e 182.484) le 19 mars 1920.

Accouchement récent. État infectieux. Deux abcès de fixation. Confusion mentale avec hallucinations pénibles. Rapidement améliorée, sort de Maison-Blanche le 28 avril 1920. D'après des renseignements indirects, serait actuellement en bonne santé (novembre 1932).

OBSERVATION XLIX. — M^{me} C... Raymonde, 24 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (M^e 188.526) le 13 septembre 1921.

Psychose post-puerpérale. Confusion mentale. Agitation, impulsions. Phlébite avec récurrence.

Sort guérie le 9 novembre 1921. Sa guérison s'est maintenue (août 1932).

OBSERVATION L. — M^{me} B... Marguerite, entre au Pavillon de Chirurgie (M^e 188.123) quelques jours après son accouchement en 1921. Excitation de type maniaque. Hallucinations multiples. Propos sans suite. État sub-confusionnel. Salpingite avec température.

Sort guérie de Villejuif le 22 décembre 1921.

Elle serait depuis en parfaite santé ainsi que son enfant (août 1932).

OBSERVATION LI. — M^{me} B... Louise, 37 ans, entre au Pavillon

de Chirurgie (Mle 192.042) le 22 août 1922. Psychose puerpérale. Réactions mélancoliques. Anxiété par intervalles.

Rétention placentaire. Rapidement améliorée après curettage. Sort guérie le 4 septembre 1922.

Son enfant est mort quelques jours après.

Elle-même est restée en excellente santé (août 1932).

OBSERVATION LII. — M^{lle} M... Andrée, 18 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 194.876) le 6 mai 1923. Psychose puerpérale. État confusionnel. Délire non systématisé.

Rétention placentaire : 39⁰⁵. Deux jours après le curettage, le délire a disparu. Elle sort guérie le 18 juin 1923.

Enfant mort à trois mois. Elle-même est en parfaite santé (août 1932).

OBSERVATION LIII. — M^{me} P... Victoria, 20 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 194.767) le 7 mai 1923. Psychose puerpérale. État confusionnel. Agitation extrême. Rétention placentaire. Rapidement améliorée après curettage, sort le 22 décembre 1923.

Elle est depuis en bonne santé. Son enfant s'est développé normalement (août 1932).

OBSERVATION LIV. — M^{me} G... Marguerite, 32 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 202.055) le 4 février 1925. Psychose puerpérale. État confusionnel. Rétention placentaire. Amélioration progressive après curettage. Sort guérie le 28 février 1926. Depuis, excellent état physique, mais son entourage a remarqué un léger affaiblissement intellectuel et quelques troubles du caractère (août 1932).

Enfant mort-né.

OBSERVATION LV. — M^{me} F... Anastasie, 27 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 207.378) le 20 mai 1926. État infectieux accompagné d'agitation confusionnelle de forme maniaque. Guérie au bout de 10 jours. Sort de Maison-Blanche le 10 juin 1926. Elle est actuellement en bonne santé. Son enfant est normal (septembre 1932).

OBSERVATION LVI. — Mme D... Angèle, 30 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 18 juin 1929.

Accouchement difficile et prolongé le 28 avril. Infection puerpérale accompagnée de confusion mentale avec agitation nécessitant son placement d'office à l'asile le 10 mai. Le 15 juin, elle sort très améliorée. Mais, chez elle, reprise passagère des troubles mentaux. C'est à cette occasion qu'elle entre dans le service. Elle présente un état confusionnel avec hallucinations et anxiété. Apyrexie. Réflexes tendineux exagérés. Azotémie : 0,44. Dès le lendemain, les troubles s'amendent. Elle sort guérie le 6 juillet. Sa guérison s'est maintenue (octobre 1932).

OBSERVATION LVII. — Mme G... Simone, 24 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 2 mai 1930.

Mère mélancolique, suicidée à 36 ans.

Le 20 mars 1930, elle fait un avortement de 4 mois. Rétention placentaire. Infection, forte température. En même temps, apparition d'un délire confusionnel durant huit jours. Puis amélioration passagère. Mais, le 2 mai, la recrudescence des troubles amène son entrée dans le service. Confusion mentale avec excitation, chants, cris, hallucinations. Violences. État saburréal. Apyrexie. Azotémie : 0,41.

Amélioration nette à partir du 16 mai. Elle reste irritable. Rires sans motifs. Gâtisme urinaire volontaire.

Un mois plus tard la confusion a disparu.

Elle a engraisé de 4 kilos en un mois.

Elle sort guérie le 29 juin 1930.

Sa guérison s'est maintenue (janvier 1934).

Ainsi, dans la plupart des cas, l'infection est due à une rétention placentaire.

Mais diverses autres causes peuvent aussi être incriminées. Dans l'observation XLIX il s'agissait de phlébite ; dans l'observation L, de salpingite. Dans les observations qui vont suivre, et dont nous n'avons pas pu connaître l'évolution lointaine, les causes infectieuses sont variées.

OBSERVATION LVIII. — Mme H... Rose, 25 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 22 avril 1929. Accouchement avec symphiséctomie 3 jours avant. Immédiatement après, onirisme, anxiété, idées de culpabilité et de suicide.

Sort guérie le 30 avril 1929.

OBSERVATION LIX. — Mme B... Suzanne, 26 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 28 août. Mère internée.

Accouchement avec grosse hémorragie le 28 avril 1931. Fièvre puerpérale 2 jours après. Phlébite double. Température (38°5) pendant 45 jours.

A la suite, excitation psycho-motrice. Idées de persécution. Tentative de suicide. Chants, cris, gâtisme par intervalles. Refus d'aliments (sonde).

Amélioration progressive. Sort le 13 novembre 1931. Enfant mort à quelques heures (Maladie bleue).

OBSERVATION LX. — Mme M... Suzanne, 26 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 16 février 1932. (Une sœur internée à la suite d'un accouchement difficile). Infection puerpérale grave (40°1). Immédiatement : Confusion mentale avec anxiété. Onirisme. Turbulence. Placée à l'asile le 23 février 1932.

OBSERVATION LXI. — Mme K... Podgerid, 32 ans, polonaise, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 17 mai 1932. Accouchement difficile (anesthésie générale) le 8 mars. Phlébite.

Depuis l'accouchement, état dépressif. Protestations, refus d'aliments : ils sont empoisonnés. D'ailleurs, elle va mourir. Sort, sur l'insistance de sa famille, le 19 mai 1929.

Ainsi, lorsque la guérison survient, elle est rapide et semble définitive, la psychose a été réduite à un accident mental aigu de courte durée, analogue à ceux que l'on peut rencontrer au cours de toutes les maladies fébriles. Son pronostic éloigné est semblable aux leurs (1).

(1) Ce qui ne signifie pas que ce pronostic soit toujours parfait. Plusieurs auteurs ont publié récemment des observations tendant à montrer qu'un épisode délirant,

Mais la guérison ne survient pas toujours. Dans un certain nombre de cas, soit que le traitement n'ait pu être institué à temps, soit qu'il soit resté sans effet, les malades meurent de septicémie ou, le plus souvent, de complication encéphalitique.

En résumé, le délire infectieux post-puerpéral se caractérise par :

1^o Un tableau de confusion mentale aiguë lié par son début, son évolution et sa terminaison à un état infectieux défini.

2^o Une évolution rapide, les premiers troubles apparaissant un ou deux jours après l'accouchement et la terminaison se faisant soit par la guérison en quelques semaines, soit par la mort par infection ou complication encéphalitique.

3^o L'absence presque constante de séquelles lointaines (du moins avec un recul de 12 ans au maximum).

C. — LES PSYCHOSES POST-PUERPÉRALES A DÉBUT PROGRESSIF

Nous avons classé sous cette rubrique un certain nombre d'observations dans lesquelles les troubles mentaux sont apparus *plus ou moins rapidement après l'accouchement*, mais toujours *d'une façon progressive*.

C'est dans ces observations que le problème étiologique apparaît le plus complexe.

Il s'agit probablement de cas intermédiaires entre les encéphalites psychosiques et les délires infectieux.

Pour la plupart, ces malades présentent un *terrain particulièrement prédisposé*.

Chez certaines d'entre elles, il s'agit d'un *terrain acquis* (à la suite de chocs émotifs importants au cours de la grossesse).

au cours d'une maladie infectieuse, révèle une atteinte inflammatoire du cerveau
bui pourra conditionner, à échéance plus ou moins lointaine, l'apparition d'une
psychose chronique.

Chez d'autres, on trouve la notion nette d'un *terrain psychopathique* révélé par des antécédents mentaux plus ou moins bien caractérisés.

Chez presque toutes, enfin, on trouve un léger élément infectieux, insuffisant à lui seul, semble-t-il, pour expliquer les troubles, mais qui n'est certainement pas négligeable.

Voici tout d'abord deux observations dans lesquelles un *choc émotif au cours de la grossesse* paraît avoir joué un rôle important.

OBSERVATION LXII. — M^{lle} G... Marie, 18 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 7 août 1928 pour un état *mélancolique*.

Fille-mère primipare, chassée par sa famille au cours de sa grossesse, elle avait accouché le 14 juillet d'une fille qui fut confiée à l'Assistance Publique.

Depuis son accouchement, tristesse, subconfusion avec onirisme et anxiété panophobique. Puis, idées d'auto-accusation : elle a laissé sa fille à la charge des autres, elle-même mange sans travailler, sa mère ne pourra jamais payer les frais d'hospitalisation ; la police va venir l'arrêter puisqu'elle n'a pas payé son accouchement. Refus absolu de nourriture nécessitant l'alimentation à la sonde. Gémissements, pleurs. Idées actives de suicide avec tentatives. Insomnie, turbulence anxieuse. Gros corps thyroïde. Exophtalmie. Tremblement digital. Réflexes tendineux très exagérés. Azotémie : 0,31. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs.

Elle est placée à l'asile le 5 septembre.

Son état reste le même pendant plusieurs semaines. Elle sort très améliorée le 27 mars 1929.

Depuis, elle est restée déprimée avec, par intervalles, des accès hypomaniaques.

OBSERVATION LXIII. — M^{me} B... Maria, 21 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 10 avril 1929. Primipare, grossesse normale. Elle est chassée au 7^e mois de son domicile par son mari ivre et vit depuis lors chez son père. On la trouve « *pensive* ». Accouchement normal le 19 mars. Enfant chétif. Peu après l'accouchement, état *mélancolique* avec idées d'indignité, de culpabilité :

Paul Sivadon.

elle a laissé mourir de faim son enfant, elle l'a tué, elle est la honte de toute la famille, on va l'enfermer.

Crises névropathiques où elle crie, s'arrache les cheveux de désespoir, dit qu'elle va mourir.

Persistance du même état pendant son séjour dans le service. Gémissements, pleurs, refus d'aliments. Réflexes tendineux exagérés. Azotémie : 0,19. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs.

Le 17 avril, la malade est placée à l'asile.

Certificat immédiat : « Dépression mélancolique post-puerpérale (lactation), s'accuse de la mort de son enfant. 37°7. A maintenir ». (Dr Marie).

Elle s'améliore progressivement et sort de l'asile le 8 octobre 1929.

Elle reste déprimée pendant quelques mois et petit à petit peut reprendre ses occupations.

Elle paraît actuellement guérie (août 1932).

Son enfant est mort à un mois.

Dans les trois observations suivantes on trouve la notion de *troubles mentaux antérieurs*.

Pour la première, il s'agit de psychose puerpérale récidivante.

OBSERVATION LXIV. — M^{me} T... Gabrielle, 32 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 17 novembre 1928 pour un état d'excitation post-puerpérale.

Elle aurait eu, il y a 6 ans, à l'occasion d'un premier accouchement, un accès confuso-maniaque ayant duré 3 mois (placée à Maison-Blanche).

Deuxième grossesse. Accouchement normal il y a 3 semaines à Saint-Antoine. Peu après, nervosité, irritabilité, insomnie puis aggravation progressive. Réflexes tendineux exagérés. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs.

Liquide céphalo-rachidien : albumine : 0,21 ; globulines : 0 ; leuco : 0,8. Benjoin : 00000.02221.00000. Parégorique, Bordet-Wassermann et Meinicke négatifs. Urobilinurie très légère.

Agitée et violente, elle est placée à l'asile le 22 novembre 1928 :

« Manie confuse post-puerpérale récidivante. Désorientation. Se croit à la prison de la Santé. Incohérence des propos avec associations maniaques par assonances : Songe, divin mensonge ; gangrène, gants gris. Excitation désordonnée, alternatives d'exaltation euphorique et d'agitation anxieuse avec pleurs. Cris, violences » (Dr R. Dupouy).

Sort le 26 janvier 1929.

Depuis, est restée déprimée. Son activité est diminuée. Anciennement employée des Postes, elle est actuellement (août 1932) porteuse de pain. Elle a divorcé. L'enfant est mort à 14 mois de tuberculose.

OBSERVATION LXV. — M^{me} J... Marthe, 36 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 18 avril 1929.

Aurait déjà présenté un état dépressif. Accouchement normal il y a deux mois. Depuis ce moment, état anxieux avec peur de mourir. Puis s'installe un état confusionnel. Onirisme. Elle voit des choses étranges. Idées de persécution et d'influences.

Elle est placée à l'asile le 25 mai 1929.

Le 11 juin, on note (Villejuif) : « Confusion mentale post-puerpérale. Idées d'étrangeté et d'influences ; est en voie d'amélioration » (Dr Marchand).

Le 14 octobre 1929, elle sort très améliorée. Pendant quelques mois, elle est restée irritable, incurique, inactive. Puis, progressivement, elle est redevenue entièrement normale.

Sa guérison s'est maintenue (décembre 1932).

Son enfant aurait présenté quelques troubles de la croissance (scoliose rachitique probable). Il est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION LXVI. — M^{me} G... Sarah, 27 ans, juive polonaise, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 19 décembre 1931.

Scarlatine à l'âge de 5 ans. Intelligence médiocre. Vers 20 ans, « accès de neurasthénie » l'ayant obligée à interrompre son travail.

Accouchement le 8 novembre 1931. Forceps. Température à 40° pendant 24 heures. Apparition progressive des troubles mentaux.

A son entrée, confusion avec anxiété et excitation. Pleurs, gémissements. Refus de soins et d'aliments. Sputation. Gâtisme. Violences.

Opérée de son abcès du sein au Pavillon de Chirurgie, son état reste inchangé.

Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs. Azotémie : 0,40. Elle est placée à l'asile le 26 décembre 1931.

Il semble que l'on peut, dans les trois observations suivantes, incriminer un *élément infectieux net*.

OBSERVATION LXVII. — Mme N... Marie, 18 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 203.623) le 17 juin 1925. Accouchement le 28 mai. Depuis lors, apparition progressive d'un état confusionnel. Rétention placentaire. Fièvre. Non améliorée malgré le traitement. Sort cependant de Maison-Blanche sur la demande de la famille le 13 octobre 1925. Revue en 1926. Dissociation intellectuelle avec alternance d'excitation et de dépression.

OBSERVATION LXVIII. — Mme S... Marcelle, 23 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 17 mars 1926. A toujours été asthénique. Primipare, accouchée le 25 février. Légère infection, suite fébrile (39°4). Progressivement s'installe un état confusionnel avec agitation motrice désordonnée, cris, chants, insomnie, violences.

Excitation psychique avec propos incohérents, demande qu'on lui pardonne, appelle des membres de sa famille, parle d'anges, de ses beaux yeux, d'un thermomètre cassé, etc. La température redevient sensiblement normale au bout de quelques jours (37°6).

Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. En raison de l'agitation et des violences, elle est placée à l'asile le 18 mars 1926. Progressivement son état s'améliore et elle est mise en liberté le 9 mai. Au bout de quelques semaines, on peut la considérer comme complètement guérie. Augmentation de poids de 7 kilogrammes.

Sa guérison s'est parfaitement maintenue (novembre 1932). Son enfant aurait été légèrement retardé. Il est actuellement en bonne santé.

OBSERVATION LXIX. — Mme P..., 25 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 213.464) le 26 décembre 1927. Père et grand-père morts P. G. à Sainte-Anne.

Au début de sa grossesse, aurait présenté un léger état dépressif. Après son accouchement, présente un état de confusion mentale aiguë. État infectieux sans localisation nette. (Température : 39°).

Amélioration progressive. Elle sort non guérie le 31 Janvier 1928. Elle est restée affaiblie avec des tendances dépressives nettes. (novembre 1932).

OBSERVATION LXX. — M^{me} B... Marie, 33 ans, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 26 octobre 1928. Accouchement quatre jours avant (délivrance artificielle).

Progressivement s'installent des idées mélancoliques d'auto-accusation accompagnées d'hallucinations auditives. Anxiété. Gémissements. Refus d'aliments. Violences.

Examens humoraux négatifs. Puis, pendant quelques jours, apparaît de la température (38° à 39°) sans signes locaux importants.

Placée à l'asile le 21 novembre, son état s'améliore progressivement. Elle est cependant transférée à Clermont (Oise) le 20 Décembre 1928 : « Confusion mentale post-puerpérale en voie de guérison. État curable en peu de mois. » (D^r Courbon).

OBSERVATION LXXI. — M^{me} H... Lucie, 34 ans, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 29 octobre 1931. A fait un premier accouchement difficile (travail prolongé, enfant mort-né) il y a 5 ans sans troubles mentaux.

Deuxième accouchement le 22 juillet 1931. Poussée thermique à 39° 9. Depuis, état dépressif s'aggravant progressivement jusqu'à amener une tentative de suicide.

A son entrée, délire mélancolique avec idées de culpabilité. Elle est une méchante, elle a fait du mal à tout le monde. Elle se reproche un avortement. Le Bon Dieu ne lui pardonnera pas ses fautes.

Tentatives répétées de suicide : strangulation, blessure veineuse avec une épingle.

Alimentation difficile.

Azotémie : 0,30. Bordet-Wassermann, Meinicke et Kahn négatifs.

Elle est placée à l'asile le 3 novembre 1931.

Voici enfin quatre autres observations où l'on ne trouve aucune notion d'antécédent ni d'infection.

OBSERVATION LXXII. — M^{me} D... Jeanne, 31 ans, entre à l'hôpital Henri Rousselle le 7 septembre 1927. Pas d'antécédents connus. Secondipare. Premier accouchement 13 ans avant, fille bien portante.

Accouchée normalement d'un garçon bien portant le 3 septembre. Le lendemain matin, elle présente déjà quelques idées mélancoliques. Progressivement la température monte à 38°. Le confusion apparaît avec de l'onirisme anxieux et de l'agitation. Raptus homicides et suicide. Elle est placée à l'asile le 10 septembre 1927.

Pendant quelques semaines, son état mélancolique se mue en une hypomanie confuse. Puis, apparaissent quelques vagues idées d'influence et des hallucinations de l'ouïe.

Le 31 janvier 1928, elle est transférée à l'asile de Navarre. « Sentiment d'influence, idées délirantes incohérentes. »

OBSERVATION LXXIII. — M^{lle} G... Gabrielle, 23 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 7 septembre 1928. Pas d'antécédents connus. Environ trois semaines après un accouchement est apparu progressivement un état confusionnel avec excitation psychomotrice. Propos incohérents : elle va reformer le monde, elle va traverser l'Atlantique. Turbulence nocturne. Déclamations théâtrales.

Elle est placée à l'asile le 11 septembre 1928.

Le 28 septembre, elle est transférée à Villejuif.

Son état s'améliore rapidement et elle sort de l'asile peu de temps après.

Elle est restée depuis en excellente santé. (Décembre 1932). Son enfant est normal.

OBSERVATION LXXIV. — M^{me} B... Emma, 29 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 14 juin 1929. Aucun antécédent mental jusqu'à son quatrième accouchement qui remonte à quatre mois. Après l'accouchement est apparu un état dépressif léger qui, après une courte rémission, a progressivement évolué vers un état confusionnel avec anxiété et impulsions (défenestration).

Hallucinations auditives. Gaz asphyxiants, aliments empoisonnés. Idées d'influence.

Elle est placée à l'asile le 18 juin 1929.

Elle sort au cours d'une nouvelle rémission le 27 octobre 1929.

Mais, le 12 mars 1930, elle est à nouveau placée à Sainte-Anne. A Vacluse, où elle est transférée, on note (15 mars 1930) : « Syndrome d'excitation intellectuelle et d'ambivalence vraisemblablement symptomatique de Démence précoce... » (Dr Courbon).

Elle est actuellement encore à l'asile. (août 1932).

OBSERVATION LXXV. — M^{lle} Th... Angèle, 20 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 23 juillet 1929. Pas d'antécédents connus. Accouchement normal quelques jours auparavant. Apparition progressive d'un état confusionnel avec onirisme : elle voit son mari dans le mur, elle est poursuivie par un noyé, etc.

Agitation. Grossièretés. Érotisme. Par instants, excitation de type maniaque avec jeux de mots et causticité.

Placement à l'Asile le 3 août 1929. Son état s'améliore progressivement et elle est mise en liberté le 26 novembre 1929.

Sa guérison s'est maintenue. (novembre 1932).

LES PSYCHOSES DE LA LACTATION

On appelle ainsi les troubles mentaux apparaissant progressivement au cours de l'allaitement plus de quinze jours après l'accouchement.

On a coutume de les considérer comme des *psychoses d'épuisement*. A la vérité, nous ne savons rien de précis sur leur pathogénie. Une seule chose est certaine, c'est qu'on rencontre dans leurs observations, avec une fréquence toute particulière, des signes de prédisposition.

Il s'agit presque toujours de psychoses à forme dépressive avec craintes anxieuses et hypochondrie. Quelquefois, comme dans une de nos observations, les troubles peuvent s'aggraver jusqu'à donner un tableau de confusion mentale avec onirisme.

En voici quelques exemples :

OBSERVATION LXXVI. — Mme G... Charlotte, 27 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle en juillet 1926. C'est une débile, fille d'alcoolique. Elle aurait présenté de légers accès de dépression à diverses reprises.

Six mois après un premier accouchement, au cours de l'allaitement, elle présente un état dépressif avec incurie, tristesse, idées de suicide. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang positifs. Liquide céphalo-rachidien normal. Azotémie : 0,31. Urines normales. Amélioration progressive et sortie.

Deuxième accouchement en Juillet 1928.

Trois mois après, au cours de l'allaitement, elle présente à nouveau un état dépressif avec inactivité, irritabilité, insomnie, céphalées. Idées hypochondriaques. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs (traitée). Azotémie : 0,42.

Nouvelle amélioration. Sortie le 17 novembre 1928.

OBSERVATION LXXVII. — Mme G..., Germaine, 33 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 18 juillet 1928.

A toujours été « nerveuse » et émotive. A accouché pour la 4^e fois 9 mois avant. Au cours de l'allaitement, dépression avec craintes multiples, peur de devenir folle, striction du thorax et du cou, insomnie, peurs, émotivité, irritabilité, céphalées. A présenté après chacun de ses quatre accouchements des troubles mentaux analogues. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Traces de sucre (allaitement), urobilinurie. Sortie le 22 Juillet.

Depuis, elle a été suivie au Dispensaire de l'Hôpital et dans diverses consultations pour déséquilibre psychique. Elle semble améliorée (Août 1932).

OBSERVATION LXXVIII. — Mme D..., Lucienne, 24 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 18 septembre 1927 (son père aurait eu des accès dépressifs). Début des troubles un mois après un accouchement difficile. Allaitement. Asthénie progressive. Idées hypochondriaques. Idées de suicide. Bordet-Wassermann du sang positif.

Sort améliorée le 25 décembre 1927.

OBSERVATION LXXIX. — Mme R... Charlotte, 30 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 17 septembre 1924. Caractère irritable. Primipare accouchée le 4 juillet. Suites normales. Allaitement.

Puis, deux mois après son accouchement, à l'occasion d'une angine, apparaît progressivement un état dépressif. Insomnie, refus de voir son enfant. Craintes multiples, on va la saisir, lui prendre son argent.

Refus d'aliments. Tentative de suicide par défenestration.

Examens humoraux négatifs. Sort, non guérie, le 20 octobre.

OBSERVATION LXXX. — Mme D... Blanche, 26 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 204.644) en 1925. Psychose d'épuisement (lactation). État sub-confusionnel.

Sort améliorée le 25 septembre 1925.

Elle n'a plus, depuis, ressenti aucun trouble.

Son enfant est parfaitement normal. (août 1932).

OBSERVATION LXXXI. — Mme P..., entre au Pavillon de Chi-

rurgie (Mle 221.872) le 8 janvier 1930 pour état confusionnel dépressif post-puerpéral (lactation).

Elle sort guérie le 23 avril 1930. Elle est restée depuis légèrement déprimée.

Son enfant présente des signes de dégénérescence (développement difficile, retard de la parole et de la marche, nez en selle). (août 1932).

OBSERVATION LXXXII. — Mme P... Buma, 19 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 222.022) le 18 janvier 1930.

Psychose confusionnelle. Lactation.

Sort améliorée le 19 février 1930.

Actuellement, est en parfaite santé. Son enfant est normal. (août 1932).

OBSERVATION LXXXIII. — Mme V... Yvonne, 23 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 16 janvier 1931. Débile mentale, accouchée il y a 6 mois. Allaitement. Apparition progressive d'un état confusionnel avec agitation anxieuse et violences.

Elle est placée à l'asile le 28 février... « évolution probable vers une démence précoce. » (Dr R. Dupouy).

OBSERVATION LXXXIV. — Mme R... Jeanne, 27 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 8 janvier 1932. Accouchée le 16 septembre 1931. Un mois après, au cours de l'allaitement, anxiété, crainte d'être enceinte. Aggravation progressive. Elle est placée à l'asile le 9 janvier 1932. Immédiat : « État de confusion mentale avec hallucinations. Visions et voix. Idées mélancoliques et mystiques. Elle a désobéi à Adam et Eve ; larmes et dépression ; accouchement il y a quelques mois. » (Dr Simon).

Elle sort cependant de l'asile le 27 janvier 1932.

Mais quelques jours après elle entrait à Henri Rousselle. État confusionnel. Désorientation. Anxiété, peur d'avoir tout tué, tout volé. Onirisme : elle voit ses frères tomber à l'eau, sa sœur être tuée dans une bataille. Cris. Violences.

Examens humoraux normaux.

Elle est à nouveau placée à l'asile le 9 février 1932.

Les troubles mentaux apparaissant le plus souvent sans

cause apparente et toujours au cours de l'allaitement, l'hypothèse classique incriminant l'épuisement dans leur production semble plausible.

Cependant, plusieurs observations ont été publiées dans lesquelles on trouvait, à l'origine de la psychose, un élément infectieux surajouté. Dans une de nos observations, les troubles sont apparus à l'occasion d'une angine (obs. LXXIX).

Enfin, beaucoup d'états dépressifs survenant au cours de la lactation peuvent n'être que des psychoses *purement coïncidentes*.

L'âge moyen de la grossesse est aussi celui de l'apparition de beaucoup de troubles mentaux. Peut-être a-t-on trop facilement tendance à rapporter à la puerpéralité des psychoses qui seraient probablement apparues sans elle.

Quoi qu'il en soit, si l'évolution vers la chronicité semble rare, le pronostic mental est cependant loin d'être parfait. Sur quatre des malades que nous avons pu retrouver, deux sont restées affaiblies.

LES PSYCHOSES SYMPTOMATIQUES

Plusieurs auteurs ont déjà noté que certaines psychoses, survenant chez des femmes enceintes ou après l'accouchement, pouvaient n'être qu'une manifestation occasionnelle d'une constitution mentale pathologique.

Chez des déséquilibrées anxieuses ou hypochondriaques, chez des cyclothymiques, les manifestations morbides, jusqu'alors discrètes ou latentes, sont réveillées ou exacerbées par la grossesse. Elles sont teintées par l'élément confusionnel qui caractérise toutes les psychoses de la puerpéralité.

Mais ce ne sont que des psychoses symptomatiques.

De même, au cours d'une démence précoce, on peut voir des bouffées confusionnelles ou anxieuses être déclanchées ou favorisées par la puerpéralité.

Ce ne sont encore que des manifestations accidentelles de la maladie sous-jacente.

Elles font partie des *psychoses de coïncidence* de Dupouy et Courtois.

Ces cas sont probablement assez fréquents.

En particulier, certains cas que nous avons rangés, faute de précisions suffisantes, parmi les psychoses à début progressif, et qui présentent d'une part des antécédents chargés, et d'autre part une évolution vers une démence paranoïde, pourraient bien n'être que des psychoses symptomatiques au cours d'une démence précoce.

Cependant, nous n'avons voulu retenir dans ce chapitre que les cas ne pouvant laisser de doute sur leur véritable nature. Dans toutes nos observations existe la notion d'au

moins un épisode morbide antérieur ayant été étiqueté avec précision.

Nous étudierons successivement :

1^o Les Cyclothymies.

2^o Les Démences précoces.

Les cas de beaucoup les plus fréquents concernent les *états cyclothymiques*.

Ils se présentent tous avec la même évolution. Il s'agit d'une malade ayant déjà eu, sans cause, un ou plusieurs accès maniaques ou dépressifs et qui présente, à l'occasion de sa grossesse, un état confusionnel de forme maniaque ou mélancolique. L'accès est en général de courte durée.

La récidive est presque la règle. Le pronostic du fonds mental est bon.

En voici quelques observations :

OBSERVATION LXXXV. — Mme M... J., 22 ans, entre au Pavillon de Chirurgie (Mle 191.969) le 16 août 1922. Mère internée. Elle-même aurait présenté des tendances cyclothymiques.

Accouchée il y a quelques jours.

Excitation maniaque. Désordre des idées et des actes. Parle de suicide. Guérie de son accès, sort de l'Asile en avril 1923. Placée à quatre reprises pour psychose périodique en 1925, en 1927, en 1929 et en 1932.

Elle serait normale pendant les intervalles.

Elle est actuellement à l'asile. (Août 1932).

OBSERVATION LXXXVI. — Mme C... Jeanne, 20 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 31 octobre 1927. C'est une débile, fille d'alcooliques. Elle a présenté à plusieurs reprises des manifestations cyclothymiques nettes : courts accès de joie irraisonnée alternant avec des périodes de dépression et de mutisme.

Primipare. Accouchement normal le 20 octobre. Dix jours après, elle présente un état maniaque avec excitation désordonnée, propos décousus, fuite des idées. État général médiocre, sommets douteux.

Elle est placée à l'asile le 4 novembre. Le 18 novembre, le certi-

ficat de quinzaine signale : « excitation maniaque passagère... état mental en voie d'amélioration » (Dr Trénel).

Elle est remise en liberté, entièrement guérie de son accès, le 23 mars 1928.

Depuis lors, son état est resté ce qu'il était avant l'accouchement (novembre 1932).

OBSERVATION LXXXVII. — M^{me} A... Suzanne, 24 ans, venant de Baudelocque, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 21 mars 1928.

Accouchement le 28 février par césarienne. Pas de renseignements sur les suites ni sur la date du début des troubles.

Elle aurait eu, en 1925, un accès dépressif avec tentative de suicide par précipitation.

Actuellement, agitation psycho-motrice avec confusion légère et hallucinations auditives épisodiques. Réflexes tendineux exagérés. Exophtalmie légère. Gros corps thyroïde. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,28.

Placée à l'asile le 23 mars avec le certificat suivant : ... « État confusionnel post-puerpéral avec excitation psychomotrice d'allure maniaque. Euphorie. Satisfaction. Agitation bruyante. Loquacité. Propos grossiers ou ironiques. Jeux de mots. Plaisanteries et menaces. Impulsivité. Bris ou projection d'objets. Violences Refus d'aliments. Insomnie. Hallucinations probables de l'ouïe par moments. Accouchement récent (28 février) avec césarienne. 23 mars 1928 » (Dr Roger Dupouy).

À l'asile, on note : « Bouffée délirante polymorphe à prédominance maniaque ».

Elle sort, paraissant guérie, le 7 mai.

Le 9 octobre de la même année, elle est internée à nouveau. Le certificat immédiat porte : « Récidive de bouffée délirante à prédominance mélancolique sur fond de cyclothymie » (Dr Courbon).

Rapidement améliorée, est rendue à sa famille le 14 janvier 1929. Depuis (1932), elle est employée comme vendeuse et se montre parfaitement normale.

L'enfant est mort à l'âge de 15 mois.

OBSERVATION LXXXVIII. — M^{lle} M... Lucienne, 22 ans, entrée le 25 janvier 1931.

A 17 ans, sans cause, a eu un accès d'excitation ayant duré 3 mois.

Accouchée le 17 janvier 1931. Deux jours après, excitation psychomotrice. État maniaque avec cris, chants, familiarités, érotisme. Violences, sans confusion mentale marquée. Apyrexie. Examens humoraux normaux.

Traitements : injections de lait, puis de sérum radio-actif.

Plus calme à partir du 20 février, peut être utilisée à quelques travaux de ménage.

Répond d'une façon cohérente, est capable d'attention. Reste cependant très excitée par intervalles.

Augmentation de poids de 3 kilos.

Sort le 19 mars encore hypomaniaque.

Au bout de quelques semaines, est complètement rétablie et peut reprendre son emploi.

Elle est actuellement parfaitement guérie (août 1932). Son enfant est mort à 3 semaines.

Voici le bref résumé de trois observations dont nous n'avons pu connaître l'évolution lointaine :

OBSERVATION LXXXIX. — M^{me} D... Marie, entre au pavillon de Chirurgie (M^{le} 182.966), le 2 mai 1920 (a déjà été traitée pour état d'excitation).

Accouchement le 23 avril. Quelques jours après, accès maniaque. Loquacité. Propos sans suite. Chants.

Sort guérie de Maison-Blanche le 11 juillet 1920.

OBSERVATION XC. — M^{me} P... Henriette, 30 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 24 avril 1925. A présenté un accès dépressif de plusieurs mois vers 20 ans. Accouchement normal il y a un mois.

Dépression consécutive, craintes, peur, incapacité ménagère. Puis, transformation brusque en un état de manie confuse avec fuite des idées, cris, danses, dénudation. Placement à l'asile le 26 avril 1925. Elle en sort améliorée le 4 juillet 1925. Mais, au bout d'un mois, on doit la réinternier pour un accès d'excitation maniaque. Le retour au calme est progressif. Elle sort le 27 novembre 1927.

OBSERVATION XCI. — M^{lle} J... Marie, 38 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 24 janvier 1927. Aurait eu un accès de dépression à 18 ans. Psychose puerpérale de forme dépressive. Confusion mentale. Onirisme. Anxiété. Idées de suicide.

Enfant mort à 18 jours. Sort guérie le 21 mars 1927.

Voici enfin l'observation d'un état cyclothymique accentué par un avortement.

OBSERVATION XCII. — M^{me} M... Désirée, 29 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 4 novembre 1931. Une tante internée. Elle-même a présenté déjà quelques rares accès de dépression de courte durée. Avortement, il y a 5 mois. Depuis, elle a fréquemment de courts accès d'excitation alternant avec des accès de dépression. Intervalles parfaitement lucides. A aucun moment n'a présenté de confusion. Actuellement, état dépressif avec préoccupations hypochondriaques.

Examens de laboratoire négatifs.

Elle sort très améliorée le 10 novembre 1931.

Les psychoses symptomatiques de démence précoce sont rarement aussi nettes dans leur évolution. Aussi doivent-elles être fréquemment méconnues.

Nous ne donnons ici que les cas où le diagnostic avait été formulé avant les troubles puerpéraux.

OBSERVATION XCIII. — M^{me} F... Juliette, est une débile mentale.

A 18 ans, en 1919, elle est internée pour un état hétérophrénique à forme dépressive avec obsessions, mentisme et catatonie. Elle sort au bout de 5 mois, améliorée, et se marie. En 1921, à la suite d'un premier accouchement, elle présente pendant quelques jours des idées de persécutions, de jalousie, de préjudice.

Deuxième accouchement le 4 février 1924. Cinq à six jours après, des troubles mentaux réapparaissent. Ce sont, de nouveau, de vagues idées de persécution et de jalousie.

Elle entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 8 mars 1924. Ses troubles restent stationnaires. Bordet-Wassermann et Meinicke du sang négatifs. Azotémie : 0,34.

Elle est à nouveau placée à l'asile, le 3 mai 1924. On note dans le certificat : «... léger affaiblissement intellectuel avec niaiserie et suggestibilité, sentiment d'impuissance, mobilité d'humeur, rires explosifs suivis de crises de larmes, idées mélancoliques et idées de jalousie transitoires, fausses reconnaissances, discordance entre la mimique et les propos, céphalée, conscience partielle de son état... »

Elle ressort deux mois plus tard, légèrement améliorée. Mais le 20 janvier 1931, on doit l'interner une troisième fois... « Dépression hétéphrénique... »

Elle est actuellement encore à l'asile (juin 1932).

Voici le résumé de trois observations analogues :

OBSERVATION XCIV. — M^{me} S... Henriette, 31 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 27 septembre 1923. Déjà internée pendant 7 mois en 1919 pour un état hétéphrénique avec légère confusion, hallucinations et sentiment d'influence.

Premier accouchement le 18 septembre 1923. Presque immédiatement : agitation, bris de carreaux, hallucinations multiples. On l'empoisonne, on lui travaille la tête.

Placée à l'Asile le 1^{er} octobre 1923, elle en ressort améliorée, mais non guérie, 25 jours plus tard.

OBSERVATION XCV. M^{me} C... Berthe, 34 ans, entre au Pavillon de Chirurgie le 12 mars 1929. Traitée à deux reprises à l'asile depuis 1926 pour idées confuses de persécution. Elle présente actuellement, à la suite d'un accouchement, un état confusionnel avec légère température (38°).

La chronicité étant évidente, elle est transférée à Clermont le 22 avril 1929. « D. P. probable » (1930).

OBSERVATION XCVI. — M^{lle} C... Jeanne, 19 ans, entre à l'Hôpital Henri Rousselle le 27 avril 1932. Déjà traitée à la Salpê-

rière en 1930. (Démence [précoce]. Accouchement normal le 18 avril 1932. Depuis l'avant-veille de son accouchement, confusion mentale avec onirisme terrifiant, anxiété, cris, mutisme par intervalles. Placée à l'asile le 30 avril 1932.

En résumé, l'état puerpéral peut provoquer, au cours d'une maladie mentale chronique ou cyclique des accidents mentaux de teinte confusionnelle, symptomatiques de cette maladie.

Ces accidents se rencontrent surtout *au cours d'états cyclothymiques.*

Ils consistent alors en accès de manie ou de mélancolie teintés de confusion mentale.

Ils surviennent au cours de la grossesse ou surtout après l'accouchement. Le pronostic est celui de tous les accidents cyclothymiques.

De même, l'évolution d'une *démence précoce* peut être entrecoupée par un accès confusionnel déclenché par la puerpéralité. L'évolution de la démence ne paraît pas modifiée.

* * *

A propos de ces cas, nous voulons aborder rapidement un problème qu'ont agité presque tous les anciens auteurs : Quelle peut être l'influence d'une grossesse sur une maladie mentale ?

Il était fréquent, rapporte-t-on, de voir en effet, au siècle dernier, des médecins conseiller le mariage et la grossesse à des psychopathes. On aurait, dans certains cas, remarqué des résultats heureux, au moins transitoirement (1).

En réalité, si la grossesse peut parfois amener une superficielle et légère rémission, elle risque bien plus souvent de provoquer l'éclosion soit de petits accidents mentaux sans

(1) TARNIER a noté que certaines femmes deviennent réellement supérieures à elles-mêmes pendant chacune de leurs périodes puerpérales.

gravité, soit de véritables psychoses aiguës, du type de celles que nous venons d'étudier.

Enfin, certaines maladies mentales sont presque constamment aggravées par la grossesse. Telles la démence précoce et surtout la paralysie générale.

Par ailleurs, une grossesse chez une psychopathe ne peut avoir au point de vue social que de fâcheuses conséquences. Aussi, nous rangeons-nous entièrement à l'opinion formulée par Marcé, à savoir que « l'amélioration passagère qu'elle amène ne saurait être compensée par les inconvénients de toute nature qui en résultent, et pour la mère et pour l'enfant » (1).

(1) MARCÉ, *op. cit.*, p. 87.

TROISIÈME PARTIE

Examen critique et statistique des faits

Nous nous sommes, jusqu'ici, contenté d'un exposé rigoureusement objectif des faits.

Nous allons maintenant tenter de dégager les conclusions qui découlent de leur examen.

Nous délimiterons tout d'abord la part qui revient au *terrain* et à *l'infection* dans la production des psychoses puerpérales.

Nous étudierons ensuite, avec un peu plus de détails, le *pronostic*. Nous envisagerons, pour chaque catégorie de cas, le pronostic immédiat, le pronostic proche et les séquelles mentales éloignées. Nous essaierons de mettre en valeur les facteurs qui permettent, dans une certaine mesure, de les prévoir. Puis, nous étudierons le *pronostic de l'enfant* né au moment de la psychose.

Nous examinerons rapidement les divers *traitements* susceptibles d'être utilisés.

Enfin, nous verrons quelles *interprétations* il est possible de donner actuellement des psychoses puerpérales.

LE ROLE DU TERRAIN

L'aphorisme courant : « Ne fait pas de la confusion mentale qui veut » peut s'appliquer à beaucoup de cas de psychoses puerpérales. Mais il mérite ici quelques rectificatifs. Si, après l'étude des observations qui précèdent, il nous paraît indiscutable qu'il faille un cerveau spécialement fragile pour réagir d'aussi grave façon à des conditions presque physiologiques, nous croyons, par contre, qu'un cerveau parfaitement normal peut, si l'atteinte toxi-infectieuse est suffisamment forte, produire un état confusionnel aigu.

Et, en effet, deux ordres de faits doivent être envisagés.

Dans certains cas, la psychose survient, sans cause apparente, au milieu de conditions sensiblement normales (psychoses symptomatiques, psychoses gravidiques, psychoses de la lactation). Rien ne s'est passé d'inattendu qui puisse expliquer l'apparition des troubles mentaux.

Seul, l'état puerpéral, avec tout ce qu'il comporte de troubles des divers métabolismes, de modifications glandulaires, etc., est intervenu. Pour qu'il soit pathogène, il faut donc un terrain tout spécialement prédisposé.

Dans d'autres cas, par contre, à l'état puerpéral vient se surajouter un élément pathogène — qui est sous la dépendance, d'ailleurs, de cet état — mais qui fait brusquement irruption dans le cours de l'évolution physiologique normale (infection puerpérale par exemple).

Nul doute qu'une prédisposition héréditaire ou acquise ne facilite grandement l'apparition des troubles mentaux, mais nous avons acquis la conviction que, si l'élément pa-

thogène est suffisamment important, cette prédisposition n'est pas nécessaire.

Voici, d'ailleurs, les chiffres sur lesquels notre opinion s'est formée :

Pour l'ensemble de nos observations, nous avons trouvé dans 30 % des cas la notion nette d'un terrain prédisposé.

Mais nous n'avons pu juger que de ceux où le terrain avait déjà fait sa preuve. Nous sommes persuadé qu'en réalité, ce terrain joue un rôle bien plus important que ce chiffre ne pourrait le laisser penser (1).

Analysons maintenant nos divers groupes d'observations.

Dans les délires infectieux post-puerpéraux, nous trouvons la notion de terrain dans 13,5 % des cas.

Dans les encéphalites psychosiques post-puerpérales, nous trouvons exactement la même proportion : 13,5 %.

Par contre, dans les psychoses à début progressif, cette proportion monte à 60 %.

Elle atteint même près de 100 % pour les psychoses gravidiques. Il en est de même, comme on pouvait le prévoir, pour les psychoses symptomatiques.

On ne peut pas ne pas être frappé par l'écart considérable entre ces deux groupes de nombres. Ils illustrent parfaitement ce que nous affirmions plus haut : il y a des psychoses dans la production desquelles le terrain joue le rôle principal ; mais il y a, par contre, des psychoses pour lesquelles un élément pathogène mal connu, toxique ou infectieux, semble pouvoir, à lui seul, être rendu responsable des troubles observés, le terrain n'agissant, dans quelques cas, que comme cause favorisante.

Sur la nature de ce terrain, nous ne savons pas grand'chose. Il s'agit souvent d'hérédité psychopatique dissem-

(1) Cependant, IDANOF (Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale, 1892) a trouvé dans l'ensemble des diverses statistiques un chiffre analogue : 35 %. Pour ses cas personnels, ce chiffre monterait à 56 %.

blable. Dans quelques cas exceptionnels, on trouve une hérédité similaire.

Quoi qu'il en soit, ses manifestations sont toujours du même ordre. C'est parfois une simple débilité mentale. Le plus habituellement, on trouve ce « défaut d'équilibre du moral et du caractère », cette « disharmonie des facultés intellectuelles entre elles » sur lesquels insistait Magnan (1). Fréquemment aussi, on rencontre cet état nerveux particulier qui constituait la « diathèse spasmodique » de Willis et qui se révèle par de l'irritabilité, de l'inégalité de caractère, de l'émotivité exagérée, et quelquefois par l'existence de tics, de bégaiements et de vices de la prononciation.

(1) MAGNAN, Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire (*Ann. Méd. psych.*, janv. 1886, p. 91).

LE ROLE DE L'INFECTION

Il est indéniable. Aussi, beaucoup d'auteurs ont-ils été tentés de lui faire assumer la plus grosse part de responsabilité dans la production des psychoses puerpérales. La proportion des cas où des phénomènes infectieux ont pu être décelés varie considérablement suivant les statistiques (1).

A la vérité, il est souvent difficile d'affirmer ou de nier l'existence d'un élément infectieux. Aussi, pour notre part, nous n'avons appelé « délires infectieux » que les cas où l'infection était évidente, et où elle paraissait pouvoir, à elle seule, rendre compte des troubles mentaux. Nous nous sommes aperçu que ces cas, qui correspondent à environ 30 % de l'ensemble de nos observations, possédaient en plus de leur commune étiologie, une évolution également rapide et un pronostic éloigné également favorable.

Mais, en dehors de ces cas, nous avons trouvé dans 15 % environ de nos autres observations, un élément infectieux net, mais disproportionné avec l'importance des troubles mentaux et semblant n'avoir agi que comme cause adjuvante.

Ainsi, dans 45 % environ de nos observations existe un élément infectieux indéniable. Pour 30 % d'entre elles, l'infection semble être à l'origine des troubles, pour les 15 % restant, il est impossible de dire dans quelle mesure elle a joué un rôle dans l'étiologie de la psychose.

(1) Voici quelques exemples :

HOLM (*An puerperalafsidighed*, 1874), se basant sur 58 cas, donne une proportion de 22, 5 % ; CAMPBELL-CLARK (*Journal of Mental Science*, 1886-1887), se basant sur 40 cas, indique 50 % ; HANSEN (*Zeitschr. f. Geburtsh u Gynæk.* Stutt., 1888), se basant sur 49 cas, trouve 87,5 % ; IDANOF (*Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale*, 1893), retrouve l'infection dans 70 % de ses cas.

PRONOSTIC

C'est à l'étude du pronostic des psychoses puerpérales que nous nous sommes spécialement attaché au cours de ce travail.

C'est sur ce point, en effet, que le médecin est le plus souvent consulté. De sa bénignité ou de sa gravité dépendent le plus souvent les conseils à donner et les décisions à prendre.

Or, sur ce point encore, les opinions formulées sont imprécises ou discordantes. Aussi, croyons-nous que les résultats de l'enquête que nous avons pratiquée et qui nous a permis de connaître ce qu'étaient devenues 96 des malades étudiées, après un laps de temps variant de deux ans à douze ans, suivant les cas, pourront être un appoint utile à son étude.

Beaucoup d'auteurs, d'une part n'envisageant que le pronostic immédiat ou proche, d'autre part, ne tenant compte que des séquelles mentales suffisamment marquées pour être incompatibles avec l'existence libre, ont été amenés à conclure avec optimisme. Leur opinion est depuis longtemps la plus généralement acceptée (1).

Pour eux, en dehors des cas où l'évolution se fait vers la mort ou la chronicité, la guérison une fois acquise est complète et définitive.

D'autres auteurs, au contraire, étudiant de plus près le

(1) « La bénignité est un de leurs caractères » (E. TOULOUSE. *Tribune médicale*, 1893, p. 686).

« Le pronostic de la psychose est très favorable... Les récidives sont l'exception » (BERNARD, Thèse Nancy, 1923).

« On est d'accord sur la grande curabilité des psychoses puerpérales qui est évaluée à 80 % des cas ». (RÉGIS, *Précis de Psychiatrie*, 5^e éd., p. 636).

fonds mental de leurs malades considérées comme guéries, se sont aperçus qu'elles présentaient presque toujours une fragilité (1) ou même un affaiblissement (2) psychique non négligeable.

Par ailleurs, on s'est souvent préoccupé de savoir si certaines formes cliniques ou certaines conditions d'évolution pouvaient favoriser tel ou tel pronostic. Pour Magnan, « la forme du délire est importante à considérer au point de vue du pronostic. D'une manière générale, la forme maniaque franche est moins grave que les formes indécises et que la forme mélancolique » (3).

Enfin, beaucoup d'auteurs attachent une considérable importance au *retour de couches* pour fixer le pronostic. Pour Marcé, « la première menstruation est un moment qui exige de grandes précautions pour être traversé impunément » (4). Actuellement encore, certains pensent que « la réapparition des menstrues, alors que l'on ne constate pas d'amélioration au point de vue mental, peut constituer une indication fâcheuse pour l'évolution ultérieure » (5). À ce point que, pour Metzger, « avant d'en arriver à l'internement, on pourra attendre l'apparition des premières règles » (6).

Il est bien certain qu'au retour de couches correspond parfois une aggravation (7) ou une amélioration (8) des

(1) « Il ne faut pas oublier surtout que ces malades, même quand elles guérissent, restent sensibilisées... Il s'agit là d'un véritable phénomène d'anaphylaxie cérébrale sur lequel a insisté J. Lépine. (Porot, *Sciences Médicales*, 15 déc. 1927).

(2) « L'accès guérit et les malades quittent parfois l'asile, mais tous les cas que j'ai pu examiner après leur sortie démontraient clairement les traces de la maladie ». (Aschaffenburg).

(3) Leçon de Magnan. Cte rendu par de Ranse. (*Gaz. Méd. Paris*, 17 mars 1877).

(4) MARCÉ, *op. cit.*, p. 186.

(5) BERNARD, Thèse Nancy, 1923, p. 56.

(6) METZGER, *L'accoucheur moderne*, p. 280.

(7) Cf. obs. XIV.

(8) Cf. obs. XXVII.

troubles mentaux. Mais nous ne pensons pas qu'on puisse se baser sur ce fait pour fixer un pronostic.

Au contraire, nous estimons que le *pronostic varie suivant le type clinique*.

Pour présenter nos observations, nous les avons groupées en un certain nombre de catégories, en nous basant uniquement *sur leur aspect clinique*. Or, il se trouve que *chacune de ces catégories possède son pronostic propre*, nettement différent de celui des autres. D'où l'on peut espérer prévoir, dans une certaine mesure, l'évolution ultérieure en se basant sur l'étude des accidents aigus.

Nous pensons aussi que, pour un même type clinique, *le pronostic est fonction du terrain*.

Sur ce point encore notre opinion rejoint les notions couramment admises (1). Nous verrons, cependant, que pour quelques détails, elle s'en écarte sensiblement.

*
* * *

Voici les résultats de notre statistique :

Si nous nous contentons d'examiner nos cas *dans leur ensemble, en n'envisageant que le pronostic apparent à courte échéance*, nous obtenons les chiffres suivants :

Sur 145 malades, 26 (soit 17,9 %), ont succombé au cours des accidents aigus ; 25 (soit 17,2 %), ont évolué vers la chronicité ; 94 (soit 64,9 %), ont évolué vers une guérison apparente immédiate.

Ces chiffres correspondent à peu près à ceux qui ont été publiés par divers auteurs. On estime, en effet, généralement que les psychoses puerpérales donnent de 60 à 80 % de gué-

(1) Pour Magnan, « l'hérédité exerce une influence prépondérante sur le pronostic » (*op. cit.*).

« D'une façon générale, on peut dire que la gravité de la psychose est fonction de la prédisposition ». (BERNARD, Thèse Nancy, 1923, p. 25).

risons, le reste se partageant entre l'évolution mortelle et la chronicité.

A y regarder de plus près, toutes les malades « sortantes » n'étaient pas guéries. Sur 63 cas étudiés à ce point de vue, nous trouvons 8 cas (soit 12,6 %), comportant un affaiblissement psychique manifeste.

Malgré tout, *ces chiffres semblent indiquer clairement que le pronostic des psychoses puerpérales est favorable.*

Or, une étude plus approfondie va nous montrer *qu'il ne s'agit là que d'une apparence.*

Nous allons, pour cela, étudier successivement nos divers groupes d'observations en envisageant leur pronostic *immédiat*, leur pronostic *proche* et leur pronostic *lointain*.

A. — LES PSYCHOSES GRAVIDIQUES

1. — *Syndromes psychiques purs*

Leur *pronostic vital* semble bon. Sur 5 cas, nous n'avons observé aucun décès.

Par contre, leur *pronostic mental* est très réservé.

La guérison est toujours longue à obtenir. De plus, elle n'est jamais parfaite. Pour nos 5 cas, nous trouvons une évolution vers la chronicité, et 4 sorties après amélioration importante, mais non guérison absolue.

2. — *Les états neuro-psychiques*

Trois fois seulement le pronostic nous a été connu.

Dans deux cas, les malades ne semblent pas avoir été modifiées par la psychose. Le troisième cas a évolué vers la mort.

Les faits dont il s'agit sont trop dissemblables et surtout

en nombre trop restreint pour qu'il soit possible d'en tirer une conclusion.

Les psychoses gravidiques paraissent donc avoir un pronostic vital bon. Mais leur pronostic mental est réservé, car les guérisons obtenues sont imparfaites.

B. — LES PSYCHOSES DU POST PARTUM

1. — *Les encéphalites psychosiques post-puerpérales.*

Pronostic vital. — Sur 45 cas nous avons 10 décès, soit 22,2 %.

Pronostic proche. — Sur les 35 survies, 45,5 % ont évolué directement vers la chronicité ; les autres ont pu être considérés comme guéris après un délai variant de 3 semaines à 9 mois (3 à 6 mois en moyenne).

Pronostic lointain. — Il nous a été 29 fois connu.

Dans 16 cas (55,5 %), la chronicité, qui s'était installée d'emblée, s'est confirmée.

Dans 4 cas (13, 7 %), elle n'est apparue qu'après un intervalle libre ayant pu faire espérer une guérison.

Dans 9 cas enfin, la guérison s'est maintenue. Mais on note chez plus de la moitié de ces malades un affaiblissement psychique certain.

Un pourcentage englobant tous les cas donne les chiffres suivants :

Evolution vers la mort : 22,2 %

Evolution vers la chronicité, avec ou sans intervalles libres : 53,1 %

Evolution vers la guérison, avec ou sans affaiblissement psychique : 24, 7 %.

Ainsi, le pronostic des encéphalites psychosiques post-puerpérales, sérieux au point de vue vital, est grave au point de vue

mental. En effet, un quart seulement des malades évolue vers une guérison définitive, souvent entachée d'affaiblissement psychique.

2. — Les délires infectieux post-puerpéraux.

Pronostic vital. — Sur 48 cas, nous avons 13 décès (soit 22,5 %) dus à des complications septicémiques ou encéphalitiques.

Pronostic proche. — Nous avons pu le connaître dans 16 cas. Pour 10 d'entre eux (soit 62,5 %), la guérison a été obtenue très rapidement (de quelques jours à 3 mois) et la récupération mentale a été intégrale. Pour 3 autres, l'évolution s'est prolongée au delà de 5 mois, mais la guérison a été complète.

Dans un cas, on a observé une récurrence passagère au bout de 5 mois. Enfin, dans 2 cas, les malades sont restées affaiblies après la sédation des troubles confusionnels.

Le pronostic proche des délires infectieux paraît donc excellent. En effet, dans 87,5 % des cas, la guérison est obtenue d'une manière intégrale et, pour les 2/3, ces guérisons surviennent dans des délais extrêmement courts.

Pronostic lointain. — Il nous a été connu pour 12 cas seulement. Or, sur ces 12 cas, nous trouvons 10 cas où la guérison, qui avait été obtenue en quelques semaines, s'est maintenue d'une façon parfaite, sans récurrence ni affaiblissement psychique appréciable. Pour certaines de nos observations, 12 ans se sont écoulés depuis la psychose.

Pour les deux autres cas, l'un a évolué vers la chronicité (psychose paranoïde avec éléments confusionnels), l'autre vers un affaiblissement psychique marqué mais compatible avec la vie familiale.

Ainsi, établissant un pourcentage à partir de nos observations de délires infectieux post-puerpéraux, nous trouvons :

Décès : 22,5 %.

Guérisons durables : 64,5 %.

Chronicité ou affaiblissement psychique : 12,9 %.

On peut donc dire que *lorsqu'une psychose post-puerpérale, évoluant sur un terrain sensiblement normal, semble conditionnée uniquement par un processus infectieux précis, son pronostic vital est sérieux, mais, quand la guérison survient, son pronostic mental est favorable.*

3. — Les psychoses post-puerpérales à début progressif

Pronostic vital. — Sur 24 cas, nous avons deux décès.

Pronostic proche. — Il nous a été connu dans 12 cas. Deux de nos malades, rapidement améliorées, sont sorties de l'asile au bout de deux mois. Neuf autres (75 %) n'ont pu être considérées comme guéries qu'après un séjour à l'asile variant entre 6 et 14 mois. Une dernière, enfin, a évolué vers la chronicité.

Pronostic lointain. — Sur 11 cas dont l'évolution a pu être suivie, 5 fois seulement (45,4 %) la guérison a été complète et semble actuellement définitive.

Dans 2 cas, après une rémission de quelques mois, est apparu un état chronique (état schizoïde, démence paranoïde). Dans 3 cas, la psychose a laissé des traces sous forme d'affaiblissement psychique. Enfin, dans un cas, la chronicité s'était installée d'emblée.

Les psychoses à début progressif ont donc un pronostic vital relativement favorable, mais leur pronostic mental est très médiocre. Dans plus de la moitié des cas persistent des séquelles plus ou moins graves.

C. — LES PSYCHOSES DE LA LACTATION

Elles ont un pronostic vital excellent. Nous n'avons observé aucun décès sur 9 cas. Mais, sur les 7 cas dont le

pronostic lointain nous a été connu, 3 seulement ont obtenu en quelques mois (3 à 4 en moyenne) une guérison qui semble définitive.

Deux autres, après une évolution prolongée entrecoupée de rémissions, sont restées affaiblies.

Les deux dernières ont évolué vers la chronicité.

Les psychoses de la lactation paraissent donc avoir un pronostic vital excellent et un pronostic mental réservé.

D. — LES PSYCHOSES SYMPTOMATIQUES

Leur *pronostic vital* est excellent. Sur 11 cas nous n'avons observé aucun décès.

Leur *pronostic proche* est plus sérieux, presque toujours l'internement est nécessaire. La sédation des accidents confusionnels est assez longue à obtenir (trois à six mois en moyenne).

Leur *pronostic lointain* est celui de la maladie dont elles ne sont qu'un épisode.

Sur 5 cas de cyclothymie, 4 malades ont eu des récidives, de forme maniaque ou dépressive. La 5^e n'a plus présenté de manifestations pathologiques graves.

Les 4 cas de démence précoce dont nous avons pu connaître le pronostic ont évolué vers la chronicité. Une seule de ces malades a présenté une rémission passagère. L'évolution vers la démence confirmée semble avoir été accélérée par la psychose puerpérale.

Ainsi, les *psychoses puerpérales symptomatiques d'une autre affection mentale* ont le pronostic de cette affection. Elles semblent ne pouvoir que précipiter l'évolution de cette dernière.

RAPPORTS DU TERRAIN ET DU PRONOSTIC

Il est de notion courante que la gravité des psychoses puerpérales est fonction de la prédisposition (1).

Nous allons voir que, si les résultats de notre statistique confirment entièrement cette opinion pour ce qui est du pronostic immédiat et proche, il n'en va pas de même pour ce qui est du pronostic mental éloigné.

Pronostic vital. — Dans 75 % des cas à évolution mortelle où les antécédents nous ont été connus, nous trouvons un terrain nettement prédisposé.

La prédisposition, soit héréditaire, soit personnelle est donc certainement un très important facteur de mortalité.

Pronostic immédiat. — Une fois le danger de mort écarté, le terrain joue encore un rôle important sur la durée de l'évolution de la psychose.

En effet, sur 40 cas où *aucun antécédent n'a pu être noté*, nous voyons 16 fois (soit 40 % des cas) les malades pouvoir être considérées comme guéries moins de deux mois après le début des troubles. Dans 11 cas (soit 27,5 %) la guérison apparente n'a été obtenue qu'après un délai variant entre 3 et 15 mois.

Enfin dans 13 cas (32,5 %) la chronicité s'est installée d'emblée.

Au contraire, sur 24 cas où la *prédisposition était évidente*, 2 fois seulement la psychose évolua en moins de deux mois.

Dans 18 cas (75 %) les malades ne purent être mises en liberté qu'au bout de 3 à 15 mois.

Enfin 4 cas évoluèrent vers la chronicité.

(1) « Plus la tare sera lourde, plus le pronostic immédiat et éloigné sera sombre » (BERNARD, *op. cit.*, p. 55).

Pronostic lointain. — Cette action néfaste du terrain ne se retrouve plus si l'on considère le pronostic mental éloigné.

Sur 40 malades sans antécédents notables, nous trouvons au bout de quelques années 18 psychoses chroniques (soit 45 %). Les 22 autres malades n'ont pas présenté de récurrence, 5 d'entre elles sont légèrement diminuées au point de vue psychique. Nous avons donc 55 % de guérisons maintenues.

Au contraire, sur 24 malades prédisposées, nous ne trouvons que 8 évolutions vers la chronicité. Si l'on tient compte qu'il s'agissait, pour 4 de ces cas, de psychose symptomatique de démence précoce, la proportion d'évolutions vers la chronicité imputable à la psychose puerpérale se réduit à 16,66 %.

Les 16 autres malades qui, pour la plupart, avaient toujours présenté des anomalies psychiques plus ou moins marquées, ne semblent pas avoir été modifiées par la psychose.

Ainsi, la gravité du pronostic mental éloigné d'une psychose puerpérale semble être inversement proportionnelle à la prédisposition.

Cette conclusion n'est paradoxale qu'en apparence. Il suffit, en effet, sur un terrain prédisposé, d'une cause minime pour déclencher une psychose à symptomatologie impressionnante.

Il en est ainsi, en particulier, des bouffées délirantes et confusionnelles des dégénérés, auxquelles certaines psychoses puerpérales s'apparentent probablement.

Un cerveau fragile réagit intensément à une atteinte toxi-infectieuse légère et insuffisante pour le léser profondément.

Au contraire, il faut, chez un cerveau normal, une atteinte toxi-infectieuse sévère pour provoquer des troubles mentaux. Cette atteinte se traduira organiquement par un processus encéphalitique qui créera des lésions persistantes, lesquelles conditionneront à échéance plus ou moins longue des séquelles mentales graves.

Notre conclusion pourrait donc aussi bien se formuler ainsi : *La gravité du pronostic mental éloigné d'une psychose puerpérale est proportionnelle à l'importance de l'atteinte organique primitive.*

*
* *

En résumé, bien que nous ne possédions pas actuellement de critère précis permettant de formuler avec certitude le pronostic d'une psychose puerpérale, nous pensons que de très précieuses indications peuvent être tirées de l'étude de son type clinique et du terrain sur lequel elle évolue.

Le *pronostic vital immédiat*, relativement grave dans les délires infectieux et les encéphalites psychosiques post-puerpérales (1 /5^e de décès environ) est bénin dans les autres formes cliniques.

La prédisposition paraît être un important facteur d'aggravation.

L'évolution de la psychose est généralement brève (moins de deux mois) dans les cas où il n'existe pas de prédisposition apparente (la plupart des délires infectieux et beaucoup d'encéphalites psychosiques post-puerpérales). Elle est au contraire traînante (3 à 15 mois) et souvent entrecoupée de rémissions passagères dans les formes à début progressif, les psychoses gravidiques et celles de la lactation, évoluant le plus souvent sur un terrain fragile.

Le *pronostic mental éloigné* est fonction de l'atteinte encéphalitique primitive. Très bénin (65 % de guérisons définitives et complètes) pour les délires infectieux post-puerpéraux, il est réservé pour les psychoses à début progressif, les psychoses gravidiques et celles de la lactation (30 % d'évolution vers la chronicité) et il est très sérieux pour les encéphalites psychosiques post-puerpérales (plus de 50 %

d'évolutions vers la chronicité). Une atteinte organique grave étant nécessaire pour provoquer une psychose puerpérale chez un sujet non spécialement prédisposé, il s'ensuit que le pronostic mental éloigné sera souvent inversement proportionnel à la prédisposition.

LE PRONOSTIC DE L'ENFANT

Que deviennent les enfants nés au moment de la psychose puerpérale ? La plupart des auteurs s'entendent pour dire que leur mortalité est grande. Mais nous n'avons pas rencontré, dans la littérature que nous avons pu consulter, de chiffres précis.

Marcé avait été frappé de l'importante morti-natalité dans les cas qu'il avait observés (1).

Par ailleurs, il a souvent été noté que les enfants survivants étaient fréquemment frappés de tares de dégénérescence (2).

Cependant, il est relativement rare de trouver parmi les antécédents des malades mentaux, la notion d'une psychose puerpérale chez la mère (3).

Nous avons, pour éclaircir ce point, pratiqué une enquête portant sur les cas dont nous rapportons les observations.

(1) « ... Sur onze faits d'accouchements chez des femmes devenues folles pendant leur grossesse, j'ai trouvé cinq enfants mort-nés ou n'ayant vécu que quelques heures, ce qui est une proportion vraiment considérable... » (MARCÉ, *De la folie des femmes enceintes*, p. 96).

(2) BOUCHET (de Nantes) disait que « ces enfants restaient imbéciles, ou au moins doués d'une intelligence très incomplète ». (MARCÉ, *op. cit.*).

Plus récemment, une opinion analogue était formulée : « L'influence des troubles mentaux se manifeste trop fréquemment sur le produit de la conception, réalisant, quoique non fatalement, chez l'enfant, la transmission d'une tare héréditaire de nature dégénérative que la mère elle-même pouvait déjà avoir reçue en héritage. » (CODET et BADONNEL. *Journal Médical Français*, mai, 1924).

(3) D'où l'opinion inverse de R. Dupouy et A. Courtois (*op. cit.*, p. 296) : « Le pronostic de la psychose gravidique ne nous paraît pas défavorable pour l'enfant. »

Mais, sur plus de cent enfants recherchés, nous n'avons pu connaître que pour trente-trois d'entre eux ce qu'ils étaient devenus. Beaucoup de nos lettres sont restées sans réponse. Pour les autres, nous n'avons recueilli que des renseignements imprécis, les enfants ayant été perdus de vue (soit qu'ils aient été confiés à l'Assistance Publique, soit que — la mère étant toujours à l'asile — ils aient été recueillis par des parents que nous n'avons pu joindre). Ainsi s'explique ce considérable déchet.

Sur les 33 enfants dont le pronostic nous a été connu, 10 seulement se sont développés normalement et sont actuellement en bonne santé. Par contre, 6 autres ont eu une croissance difficile. Quelques-uns sont retardés. L'un d'eux porte des stigmates nets de dégénérescence.

Enfin, 17 n'ont pas survécu. Parmi ces derniers, 5 étaient le produit d'accouchements prématurés. Les 12 autres sont morts au bout de quelques heures ou de quelques jours. L'un d'eux a vécu jusqu'à 15 mois.

Nous n'avons pas pu savoir, en général, quelle avait été la cause de la mort. Dans un cas, il s'agissait de maladie bleue. Peut-être d'autres étaient-ils porteurs de malformations incompatibles avec l'existence ? On doit pouvoir incriminer souvent aussi le manque de soins dû à la maladie de la mère.

Quoi qu'il en soit, le pronostic de l'enfant s'avère *extrêmement mauvais*. Le pourcentage de notre enquête donne 70 % de résultats défavorables, se répartissant en 50 % de mortalité et 20 % d'anomalies du développement.

Une conclusion pratique se dégage de cette donnée : lorsqu'il semble y avoir intérêt pour la mère, on ne doit jamais hésiter à interrompre une grossesse au cours d'une psychose gravidique, la vie de l'enfant, d'ailleurs aléatoire, n'étant pas souhaitable.

TRAITEMENT

Aux diverses étiologies invoquées ont correspondu autant de tentatives thérapeutiques.

Nous ne rappelons que pour mémoire la révulsion sur les membres inférieurs et la saignée, conseillées par certains auteurs pour lutter contre la congestion du cerveau et la ménorrhémie.

Il ne s'agissait là que de palliatifs. Mais, depuis longtemps, on s'est préoccupé de lutter contre l'étiologie la plus probable des troubles observés : la *toxémie gravidique*. Et, de fait, pour ce qui est des psychoses gravidiques, le traitement le plus radical, à savoir l'interruption artificielle de la grossesse, a presque toujours donné des résultats favorables. Depuis une trentaine d'années, pour éviter une intervention toujours délicate, et souvent difficilement acceptée par l'entourage, divers auteurs ont cherché dans la *sérothérapie* le moyen d'enrayer l'évolution des troubles. Partant de l'idée que les accidents toxémiques étaient dus à la carence de principes antitoxiques supposés, ils s'adressèrent au sérum de femme enceinte normale, ce dernier devant contenir en proportions convenables les anticorps nécessaires à un bon équilibre.

Des succès (1) et des insuccès (2) ont été publiés, concer-

(1) A. MAYER. (*Zent. f. Gyn.* 1911, n° 37, p. 1299). LE LORIER (*Comm. Académie de Médecine*, 25 juillet 1911). G. FIEUX et A. DANTIN, (*Com. Soc. d'Obst. et de Gyn.* de Paris, Janv., 1912). G. FIEUX. (*Comm. Soc. Obstétricale de France*, oct. 1912).

(2) RUBSAMEN (*Zent. f. gyn.*, n° 21, 1911, p. 778).

nant, soit des cas de psychoses gravidiques, soit, plus souvent, de vomissements incoercibles ou d'éclampsie.

Des essais analogues ont été faits récemment (1), et il est actuellement permis d'espérer que cette méthode pourra entrer prochainement dans une voie d'utilisation pratique. Mais ce traitement ne pourrait s'appliquer qu'aux psychoses survenant en cours de grossesse. Or, la plupart du temps, c'est après l'accouchement que surviennent les troubles mentaux. Certains auteurs ont alors incriminé une intoxication d'origine mammaire (2) et préconisé, en particulier pour l'éclampsie, l'exérèse de la glande (3) ou des injections d'oxygène dans les seins (4). D'autres, attribuant les accidents nerveux et surtout éclamptiques à l'hypercoagulabilité sanguine ont pratiqué des injections intraveineuses d'hirudine (5).

Enfin, tout récemment, Prengowski, qui d'ailleurs considère les psychoses puerpérales comme « non organiques », a rapporté six observations de guérisons rapides obtenues en administrant de l'extrait de glande pinéale (6). Il n'est pas possible, en l'état actuel de nos connaissances sur cette glande, de formuler une hypothèse sur le mécanisme de son action (7).

*
* *

Actuellement, quels sont les traitements qu'il paraît légitime de mettre en œuvre ?

(1) F. BEC et VASSILIEF, (Cahiers de pratique médico-chirurgicale, t. VI, n° 4, juillet-août, 1932).

(2) H. SELLHEIM, (*Zent. f. gyn.*, 1910, n° 50, p. 1609).

(3) HERRENSNEIDER, (*Zent. f. gyn.*, 1911, n° 18, p. 673).

(4) Ed. MARTIN, (*Zent. f. gyn.*, 1911, n° 2, p. 54).

(5) F. ENGELMANN (*Zeitsch. f. Geb. u. Gyn.* Bd. LXVIII, Hft. 3, p. 640).

(6) P. PRENGOWSKI, Sur le traitement des psychoses non organiques. (*Encéphale.* sept.-oct. 1932, p. 684).

(7) J. DECOURT. L'opothérapie épiphysaire est-elle justifiée ? (*Progrès Médical*, 8 décembre 1932).

Pour les psychoses gravidiques, si les troubles mentaux sont graves et ne semblent pas avoir de tendance à la guérison spontanée, *l'interruption de la grossesse s'impose* (1). C'est le seul moyen dont nous disposions actuellement pour faire cesser les troubles et éviter ainsi à la mère les plus grandes chances de chronicité. Nous savons, d'autre part, que la vie de l'enfant est très aléatoire et de toutes façons indésirable à cause des tares mentales dont il risque fort d'être porteur. Toutes les fois que cela est possible, on ne doit donc pas hésiter à intervenir.

Pour les psychoses post-puerpérales, on visera, toutes les fois qu'on le pourra, à instituer un traitement étiologique.

Dans les cas que nous avons classés sous la rubrique de « Délires infectieux » et où il existe un foyer précis d'infection qui semble être la cause du mal, le traitement de ce foyer amènera très souvent une guérison durable des troubles mentaux. Il s'agit là, le plus fréquemment, de rétentions placentaires accompagnées ou non de phlébite, salpingite, etc...

Mais, lorsque l'étiologie est imprécise, on doit s'adresser à des traitements généraux anti-toxi-infectieux : boissons diurétiques, sérum glucosé, lavages d'intestins au sérum hypertonique, etc. Toutes les grandes médications anti-infectieuses sont indiquées, bien que leur action ne se soit pas, jusqu'à présent, montré ici très efficace : abcès de fixation, salicylate de soude et urotropine intraveineux, éleotargol. Les arsenicaux sont fréquemment employés (sulfarsénol en particulier). Enfin, certains auteurs ont pré-

(1) Cette opinion est celle de R. Dupouy et A. Courtois. (*op. cit.* p. 296-297) : « Une psychose gravidique, confusionnelle simple ou délirante, qui évolue est une menace de démence pour la mère. Il y a donc lieu de la considérer comme un accident de la grossesse mettant en péril la vie de la mère et motivant l'avortement thérapeutique ».

Elle est loin d'être généralement admise actuellement : « Il est rarement indiqué d'interrompre la grossesse, la psychose étant peu marquée disparaît ensuite ». (METZGER, *L'accoucheur moderne*, p. 279).

conisé les injections intraveineuses d'alcool ou de synthol. Peut-être, pourrait-on tenter, comme cela a été proposé pour l'infection puerpérale (1), les injections de sérum de convalescent.

Bien que ces traitements, en l'absence de médications spécifiques, doivent être systématiquement mis en œuvre, il serait vain d'espérer, par leur emploi, juguler rapidement un processus probablement encéphalitique, mais dont le mécanisme intime nous échappe encore.

Pour les psychoses de la lactation, nous sommes encore plus désarmés. Pour lutter contre le facteur « épuisement » qui est classiquement rendu responsable de leur apparition, il est logique de séparer l'enfant de sa mère, et de supprimer ainsi les fatigues de l'allaitement et celles des soins assidus que nécessitent le premier âge. L'enfant, d'ailleurs, a tout à gagner à cette séparation.

Ces psychoses devant être considérées, à notre sens, comme des bouffées délirantes évoluant sur un terrain dégénéré et où l'épuisement n'a été qu'un facteur occasionnel, il paraît indiqué de conseiller le repos et l'isolement en milieu surveillé ainsi qu'une médication à la fois sédative et tonique.

Reste le traitement symptomatique :

Contre l'agitation et l'anxiété, qui sont les symptômes prédominants, les opiacés sont toujours les médicaments de choix. Le laudanum, la morphine et surtout le sédol se montrent très actifs. Le gardénal rend aussi de précieux services. Le meilleur mode d'administration nous a paru être la solution alcaline à 10 %, plus facilement acceptée que la forme comprimé, par les anxieuses.

Lorsque l'agitation est très intense, il est indiqué, pour

(1) Compte rendu de la Sté de biologie, séance du 17 février 1923. (t. LXXXVIII, 1923, n° 6).

limiter au maximum l'emploi toujours dangereux des moyens de contention mécanique, d'employer les barbituriques à haute dose (sommifène intramusculaire ou intraveineux). Le tribromoethanol par voie rectale, qui a déjà rendu des services dans les états d'agitation de diverses psychoses aiguës (1), pourrait peut-être trouver ici une utilisation précieuse.

Enfin, une *hygiène rigoureuse* s'impose pour éviter la production ou l'entretien de foyers d'infections secondaires (stomatites, escharres et surtout parotidites) : nettoyages fréquents de la bouche souvent saburrale et fuligineuse (eau oxygénée boratée, glycérine et bicarbonate de Na), surveillance attentive du gâtisme, injections vaginales faiblement antiseptiques, toilette vulvaire, etc.

(1) Cf. Ch. RICHET et F. JOLY, Traitement des délires par le tribromoethanol (avertine) (*Paris-médical*, 31 oct. 1931, p. 357).

Nous l'avons nous-même employé avec succès au service d'observation de l'Hôpital Henri Rousselle dans quelques cas de délires subaigus éthyliques.

ESSAI D'INTERPRÉTATION

Derrière la décevante uniformité des syndromes cliniques, derrière l'infinie diversité des cas particuliers, trois facteurs principaux semblent toujours être en cause : ce sont l'infection, l'intoxication et le terrain.

Du fatras des pathogénies hypothétiques se dégage actuellement une notion certaine, valable au moins pour une catégorie de cas : il s'agit d'une encéphalite psychosique.

Partant de ces données, quelle conception est-on en droit de se faire aujourd'hui des psychoses puerpérales ?

Selons nous, trois ordres de faits sont à envisager.

Dans certains cas, l'élément infectieux domine. Le terrain est sensiblement normal. Le syndrome mental, lié à l'infection, disparaît avec elle. Il s'agit là d'un délire fébrile analogue à celui que l'on peut rencontrer au cours de toutes les maladies infectieuses.

Son mécanisme nous échappe. Ce que nous savons, c'est que le processus toxi-infectieux qui semble être en cause peut, soit entraîner la mort, soit s'amender rapidement sans laisser à sa suite de lésions suffisantes pour conditionner de nouveaux troubles mentaux importants.

Ces psychoses surviennent habituellement à la suite d'un accouchement ou d'un avortement suivis de complications infectieuses. Elles s'accompagnent d'une température élevée.

Dans d'autres cas, le terrain s'avère nettement prédisposé. A des causes occasionnelles minimales, un cerveau spécialement fragile va réagir par un état confusionnel plus ou moins accentué. L'auto-intoxication gravidique, l'épuisement des suites de couches et de la lactation, parfois même

un choc émotif violent, qui chez un sujet normal ne provoquent que des fluctuations psychiques sans gravité, provoquent ici une psychose d'aspect souvent impressionnant.

Ces faits ne doivent pas nous surprendre, car ils ne sont probablement que de cas particuliers des bouffées délirantes confusionnelles des dégénérés. La banalité des causes qui suffisent à les déclancher explique la rareté de leur évolution mortelle.

Leur pronostic mental est réservé. Etant donné la nature du terrain sur lequel elles évoluent, elles sont susceptibles d'aggraver une tare plus ou moins latente, ou même de précipiter l'évolution d'une maladie mentale déjà déclarée.

Parmi ces cas rentrent toutes les psychoses gravidiques, accompagnées ou non d'un syndrome neurologique, les psychoses de la lactation, les psychoses symptomatiques de démence précoce ou de constitution cyclothymique et un certain nombre de psychoses post-puerpérales. Leur évolution est habituellement traînante. Elles s'accompagnent rarement d'une température élevée.

Reste à envisager maintenant le groupe des *Encéphalites psychosiques post-puerpérales*.

Pour eux aussi, les trois facteurs étiologiques : infection, intoxication, terrain, paraissent jouer un rôle. Mais il est bien difficile de dire la part qui revient à chacun d'eux.

Peut-être suffit-il de leur combinaison en proportions variables pour provoquer l'encéphalite psychosique. Peut-être un ou plusieurs autres facteurs encore inconnus interviennent-ils dans sa production (1).

(1) On sait qu'au cours de la grossesse, il existe un hyperfonctionnement de l'hypophyse.

D'autre part, des travaux récents (ABELY, PASSEK et COULÉON, *Ann. Méd. Psych.*, 11 février 32) ont montré le rôle joué par l'hypophyse dans les états d'excitation.

Peut-être des produits hypophysaires en excès, brusquement inutilisés à la suite de l'accouchement, favorisent-ils l'éclosion de la psychose ? Ce n'est là qu'une hypothèse.

La prédisposition du terrain, nous l'avons vu, était manifeste dans 13,5 % de nos observations. Dans les cas à évolution mortelle, cette proportion montait à environ 80 %.

On peut donc dire, tout au moins, que le terrain favorise l'apparition de l'encéphalite psychosique post-puerpérale et qu'il aggrave considérablement son pronostic vital.

L'infection, plus ou moins accentuée, se retrouve dans environ 15 % de nos observations. Nous ne possédons aucun élément qui nous permette de préciser son rôle. Il en est de même pour *l'intoxication*.

Au point de vue anatomo-pathologique, les travaux de M. Marchand montrent qu'il s'agit d'une « atteinte inflammatoire et toxique de l'axe cérébro-spinal ».

Il s'agit de « lésions cellulaires diffuses consistant en la dégénérescence et l'histolyse des éléments, de lésions vasculaires intéressant les « petits vaisseaux » et les « capillaires » et ayant pour siège les dernières couches corticales des lobes frontaux et pariétaux, la substance blanche sous-corticale et le bulbe ».

Dans deux cas, M. Marchand a constaté des « zones d'hémorragie péricapillaire ».

Jamais, il n'a pu mettre en évidence d'élément microbien ou d'inclusion cellulaire.

Au point de vue biologique, on ne constate aucun autre symptôme que l'augmentation de l'urée du sang et du liquide céphalo-rachidien. Les inoculations au cobaye du liquide céphalo-rachidien ont toujours été sans résultat. Quelquefois, l'on trouve une légère lymphocytose rachidienne traduisant une discrète réaction méningée.

Au point de vue clinique, il s'agit d'un syndrome confusionnel aigu apparaissant brusquement quelques jours après l'accouchement (de 2 à 15 jours). L'évolution peut se faire soit vers la mort (surtout dans les cas où le terrain est particulièrement prédisposé) soit vers la chronicité, avec ou sans rémissions, soit vers une guérison plus ou moins complète.

Nous ne reviendrons pas ici sur les détails de cette évolution et sur son pronostic. Nous y avons déjà insisté.

Quelles interprétations peut-on donner de ces faits ?

Pour ce qui est de l'origine et de la nature de l'*encéphalite psychosique*, certains auteurs ont pensé qu'il peut s'agir simplement d'encéphalite épidémique méconnue. Des cas d'encéphalite léthargique latente révélées par le travail ont en effet été publiés (1). D'autre part, la parenté possible des délires aigus et de la maladie de Von Economo a été soutenue (2).

Cette hypothèse ne semble pas devoir être retenue. L'encéphalite psychosique présente des caractéristiques cliniques bien à elle. D'autre part, l'absence de signes neurologiques, la prédominance des troubles mentaux sur les autres symptômes, la topographie spéciale des lésions cérébrales inflammatoires, ne permettent pas la confusion.

L'anoxémie cérébrale a été invoquée (3) dans des cas analogues. Mais cette assertion ne se base sur rien de précis.

En l'absence d'arguments bactériologiques ou biologiques, l'hypothèse la plus acceptable est celle d'une atteinte toxi-infectieuse violente de l'encéphale.

Pour M. Marchand, d'ailleurs, la nature même des lésions fait penser que « seul un facteur toxique extrêmement puissant peut les déterminer ».

Mais ce facteur toxique nous est inconnu.

Pour nous, nous ne pensons pas que l'état puerpéral ou ses complications infectieuses en soient seuls responsables. En effet, des encéphalites psychosiques absolument analogues peuvent apparaître à la suite d'opérations chirurgicales diverses sans suites infectieuses (4). Il est à remarquer

(1) VORON, DECHAUME et MALARTE, Encéphalite épidémique latente révélée pendant le travail. (*Bull. Société d'Obst. et de Gyn.*, 16, 66, 1927).

(2) POUFFARY, Du délire aigu à l'encéphalite épidémique (*Soc. Médico-psychologique*, 28 mai 1931).

(3) Non suppurative, non epidemic encephalites following labor and in puerperium. (J. C. YASKIN, *Arch. Neur. and Psych. Aug.*, 1931).

(4) Ces faits ont été depuis longtemps signalés. Marchand et Courtois ont publié

que ce sont surtout les opérations sur les organes génitaux et le petit bassin qui sont susceptibles de provoquer des complications de ce genre.

Il y a probablement là un mécanisme qui nous échappe et sur lequel il serait imprudent de formuler une opinion.

Les diverses pathogénies invoquées n'expliquent pas, en effet, ce début brusque *plusieurs jours après le traumatisme pelvien*, qu'il s'agisse d'accouchement, d'avortement ou d'opération chirurgicale (1).

Comment expliquer l'évolution du syndrome mental de ces malades ?

Puisqu'à une encéphalite aiguë correspond cliniquement un syndrome confusionnel aigu, on s'attendrait, mis à part les cas à évolution mortelle, à voir les troubles mentaux s'atténuer et disparaître parallèlement au processus inflammatoire qui le conditionne.

Et, de fait, pour un petit nombre de cas heureux, l'on voit la psychose rétrocéder et disparaître sans laisser de séquelles apparentes.

Mais nous avons vu que, le plus souvent, à la phase confusionnelle aiguë, succèdent des troubles mentaux plus ou moins graves.

Dans certains cas, il s'agit d'un passage sans transition nette à un état chronique.

L'agitation et l'anxiété diminuent progressivement, mais il persiste longtemps un élément confusionnel d'où se dégage parfois un délire plus ou moins systématisé, de forme paranoïde, évoluant lentement vers la démence. On peut admettre,

dernièrement une observation de ce genre avec vérification histologique. (*Société Médico-psychologique*, 10 novembre 1932).

Maudlaire vient de leur consacrer une monographie complète : *Psychoses puerpérales et psychoses vraies post-opératoires*. (*La médecine*, supplément, décembre 1932).

(1) Cf. A propos du délire aigu post-opératoire : LE DENTU, *Académie de Médecine*, 1911. DENIS, *Thèse Montpellier*, 1889. TRUELLE, *Thèse Paris*, 1897-1898. Discussions Soc. de Chirurgie 1898 et juillet 1932.

dans ces cas, qu'une poussée inflammatoire subaiguë succède à l'encéphalite du début et que les lésions, s'organisant à la longue, aboutissent à des destructions cellulaires et à des réactions de sclérose qui expliquent l'état dementiel.

Dans d'autres cas, les troubles confusionnels s'atténuent rapidement et disparaissent entièrement en quelques semaines. Mais, à leur suite, on constate un affaiblissement psychique indéniable consistant habituellement en inactivité, tendances schizoïdes, troubles du caractère, généralement compatibles avec une existence sensiblement normale.

Il est probable que ces séquelles ont pour origine de fines lésions cicatricielles consécutives à l'inflammation aiguë de l'encéphale.

Parfois enfin, après une phase plus ou moins prolongée d'apparente guérison, souvent entrecoupée, d'ailleurs, de rechutes confusionnelles, s'installe un nouveau syndrome mental affectant presque toujours la forme d'une démence précoce paranoïde.

La seule explication possible de ces faits nous paraît être celle qu'en donnent MM. Toulouse et Courtois qui les ont minutieusement étudiés à propos des encéphalites psychiques d'origines diverses. Il est probable que le processus encéphalitique ne s'éteint pas complètement, bien que l'organisme ait résisté victorieusement à l'atteinte initiale. Pour eux, une reprise confusionnelle peut être interprétée comme la manifestation d'une poussée évolutive d'une encéphalite fixée en apparence depuis des années. Enfin, l'apparition à échéance plus ou moins longue d'une psychose à évolution chronique, peut être considérée comme la traduction clinique de l'organisation cicatricielle définitive des lésions provoquées par l'encéphalite. Cette évolution à bas bruit d'un processus inflammatoire discret, ne se révélant qu'au bout de plusieurs années par des troubles dus à des lésions organisées n'a rien qui doive nous surprendre. N'en trouvons-nous pas l'homologue dans les néphrites aiguës

provoquant, après une longue période de latence, des troubles dus à des réactions de sclérose ? De même que, pour les néphrites, une légère albuminurie peut révéler la persistance du processus inflammatoire, de même, dans nos cas, peut-on considérer les rechutes confusionnelles passagères, comme de manifestations de la sourde évolution de foyer sencéphalitiques.

La considérable importance théorique d'une semblable notion ne peut échapper. Elle jette en effet un jour nouveau sur l'origine de certaines psychoses et en particulier de la démence précoce.

M. Marchand a depuis longtemps insisté sur ces faits (1). MM. Toulouse et Courtois viennent tout récemment de les mettre à nouveau en valeur (2).

En résumé, on peut schématiquement considérer les psychoses puerpérales comme étant, suivant les cas :

- Soit un délire fébrile d'origine infectieuse ;
- Soit une psychose confusionnelle déclanchée par la puerpéralité sur un terrain prédisposé ;
- Soit une encéphalite psychosique post-puerpérale.

Bien entendu, il existe de nombreuses psychoses participant à la fois ou successivement de plusieurs de ces formes.

Il est probable, en particulier, que l'encéphalite psychosique qui, habituellement, se constitue d'emblée quelques jours après l'accouchement, peut aussi venir compliquer une atteinte infectieuse pure ou une psychose confusionnelle survenant sur un terrain dégénéré.

Ainsi s'expliquent, pensons-nous, les cas à évolution imprécise que nous avons classés sous le nom de « psychoses à début progressif ».

(1) MARCHAND, Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce. (*Soc. Méd. Psych.*, 26 déc. 1927, 25 mars 1929, 26 mai 1930).

(2) E TOULOUSE et A. COURTOIS. Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës (d'après 100 observations cliniques). (*Communication Soc. Médico-Psychologique*, 23 janvier 1933).

CONCLUSIONS

I. — On appelle « Psychoses puerpérales » l'ensemble des troubles mentaux survenant au cours de la puerpéralité. La similitude de leurs syndromes cliniques ainsi qu'un lien causal apparent justifie, en une certaine mesure, cette désignation commune.

II. — Leur *fréquence* par rapport à l'ensemble des affections mentales paraît être actuellement de 3,5 % environ.

III. — Leur *étiologie* et leur *pathogénie*, probablement variables suivant les cas, constituent un problème encore très obscur.

Trois facteurs principaux paraissent y jouer un rôle important. Ce sont : un *terrain prédisposé*, l'*infection* et l'*auto-intoxication*.

Les examens anatomo-pathologiques qui ont pu être pratiqués ont révélé l'existence d'une *encéphalite*.

Il semble donc que, pour un certain nombre d'entre elles tout au moins, les psychoses puerpérales sont conditionnées par une encéphalite d'origine toxique ou infectieuse.

IV. — Notre travail est basé sur l'étude de 145 observations pour la plupart inédites.

Nous les avons classées en :

A. *Psychoses gravidiques*. — Elles sont rares (5,5 % de nos observations). Elles consistent, soit en un syndrome mental pur, habituellement de forme confusionnelle et dépressive,

soit en troubles mentaux accompagnés d'un syndrome neurologique (polynévrite, chorée, épilepsie, éclampsie).

Elles paraissent dues à l'auto-intoxication gravidique.

B. *Psychoses du post-partum*. — Ce sont de beaucoup les plus nombreuses (80,6 % de nos observations).

Elles se présentent, le plus souvent, sous l'aspect d'un syndrome confusionnel aigu avec onirisme, anxiété et agitation, survenant à la suite d'un accouchement ou d'un avortement.

On peut schématiquement les diviser en :

1^o Cas graves, correspondant à une atteinte profonde de l'encéphale. Ce sont les *Encéphalites psychosiques post-puerpérales*.

Elles peuvent, dans certains cas, n'être qu'une complication d'une autre forme de psychoses puerpérales. Le plus souvent, elles se manifestent d'emblée avec les symptômes suivants :

Apparition brusque, chez une femme présentant ou non des tares mentales, plusieurs jours après l'accouchement, d'un syndrome confusionnel aigu atteignant rapidement son maximum.

Evolution : Soit vers la mort ;

Soit vers la chronicité (confusion chronique à laquelle fait suite une démence de forme paranoïde) ;

Soit vers une rémission plus ou moins prolongée, souvent entrecoupée de récidives confusionnelles et suivie à échéance variable d'un nouveau syndrome mental (démence précoce de type paranoïde habituellement) ;

Soit vers la guérison (avec le plus souvent un léger affaiblissement psychique).

Au point de vue anatomo-pathologique, elles sont caractérisées par des lésions d'encéphalite aiguë inflammatoire.

2^o Cas bénins, correspondant à une atteinte plus légère de l'encéphale. Ce sont les *délires infectieux post-puerpéraux*.

Ils consistent en un syndrome confusionnel aigu lié par

son début, son évolution et sa terminaison à un état infectieux défini (infection puerpérale, rétention placentaire, phlébite etc.).

Leur évolution est rapide. Les premiers troubles apparaissent un ou deux jours après l'accouchement, et la guérison est habituellement obtenue en quelques semaines.

Leur pronostic mental éloigné est favorable.

3^o Cas intermédiaires, pour lesquels on ne peut dire la part qui revient aux différents facteurs invoqués. Ils présentent les caractéristiques suivantes : *début progressif* des troubles mentaux, s'opposant au début brusque des formes précédentes ; terrain très souvent nettement prédisposé.

C. *Psychoses de la lactation*. — Elles sont rares (6,2 % de nos observations). Elles consistent habituellement en un syndrome dépressif survenant de quinze jours à six mois après l'accouchement. Elles sont classiquement attribuées à l'épuisement.

D. *Psychoses symptomatiques* d'une autre affection mentale définie (démence précoce, cyclothymie), (7,6 % de nos observations).

V. — *Le pronostic des psychoses puerpérales a spécialement retenu notre attention.*

Au moyen d'enquêtes, nous avons pu savoir ce qu'étaient devenues 96 des malades observées, après un laps de temps variant entre deux et douze ans.

Un examen statistique de nos cas nous a conduit aux conclusions suivantes :

Le pronostic varie en fonction de deux facteurs principaux : le *type clinique* et le *terrain*.

Si nous ne considérons que le pronostic proche, nous trouvons une guérison apparente dans 65 % de nos cas. Ce chiffre se rapproche de ceux publiés par divers auteurs et explique l'habituelle réputation de bénignité des psychoses puerpérales.

Le pronostic vital, relativement grave dans les encéphalites psychosiques (1/5^e de décès environ) est bénin dans les autres types cliniques.

La prédisposition paraît être un gros facteur de mortalité.

L'évolution de la psychose est généralement brève (moins de deux mois) dans les cas où il n'existe pas d'indice apparent de fragilité cérébrale (la plupart des « délires infectieux » et beaucoup d'« encéphalites psychosiques »).

Elle est au contraire traînante (trois à quinze mois) dans les formes évoluant sur un terrain prédisposé.

Le pronostic mental éloigné paraît fonction de l'atteinte cérébrale primitive. Très bénin (65 % de guérisons durables) pour les délires infectieux post-puerpéraux, il est réservé pour les psychoses gravidiques, les psychoses de la lactation et les formes à début progressif (30 % d'évolutions vers la chronicité), et il est très sérieux pour les encéphalites psychosiques post-puerpérales (plus de 50 % d'évolutions vers la chronicité).

VI. — *Des sequelles mentales* peuvent être observées dans la moitié des cas environ.

Elles consistent :

Soit en un état paranoïde ayant succédé sans transition nette à la psychose puerpérale (22 % de nos observations environ).

Soit en un syndrome mental se rapprochant plus ou moins de la démence précoce, apparaissant après un intervalle libre de durée variable (7 % environ).

Soit en un affaiblissement psychique compatible avec une existence sensiblement normale, et caractérisé surtout par de l'aprosxie (16 % environ).

VII. — *Le pronostic de l'enfant* né au moment de la maladie s'avère très mauvais.

L'enquête que nous avons pratiquée nous a révélé 50 % de

mortalité (à la naissance ou à quelques jours) et 20 % d'anomalies du développement.

VIII. — *Le traitement* doit s'efforcer de lutter contre l'agent causal présumé des troubles.

Pour les psychoses gravidiques, on ne devra jamais hésiter, dans les cas graves, à interrompre la grossesse, la vie de l'enfant étant aléatoire et de toutes façons indésirable.

Pour les psychoses du post-partum, les traitements locaux auront souvent des effets favorables. Dans tous les cas, une médication anti-infectieuse devra être instituée.

Les psychoses de la lactation bénéficieront d'un traitement à la fois tonique et sédatif.

Vu : Le Doyen,
BALTHAZARD

Vu : Le Président,
H. CLAUDE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ADHERBAL DA FRANCA GOMES. — Psychose puerperal. (Thèse, Rio-de-Janciro, déc. 1927).
- ANTON. — *Kandbuch der gyn.*, 1910.
- ASCHAFFENBURG. — Ueber die Klinischen formen der Wochenbettpsychosen. *Allg. Zeit. Psych.*, t. LVIII.
- BALL. — Leçons sur les maladies mentales, 1890.
- BALLET (G.) et LAIGNEL-LAVASTINE. — Nouvelles observations sur la valeur des lésions corticales dans les psychoses d'origine toxique. *Encéphale*, 25 sept. 1906, p. 437.
- BAR. — Les anticorps placentaires dans le sang de la femme gravide. *Arch. mens. d'Obst. et de Gyn.*, n° 3, mars 1912.
- Leçon inédite à l'hôpital Saint-Louis, 1891 (d'après Régis).
- BERNARD. — Contribution à l'étude des psychoses puerpérales. De leur étiologie en particulier. (Thèse, Nancy, 1923).
- BOUTET. — Contribution clinique à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. (Thèse, Paris, 1911).
- BROUSSEAU, SYLVIO CARON et L. LARUE. — Les psychoses liées à l'infection puerpérale. *Bull. Med. de Québec*, n° 4, avril 1929, p. 105.
- BUCHEZ. — Folie sympathique. *Soc. Méd. Psychol.*, 10 nov. 1854.
- BUCKWORTH. — Mental disorder dependent from toxemia. *Journal of. Ment. Sc.*, 1901.
- BURR (Ch. W.). — Neurologic symptoms in the pregnant woman. *The Amer. Journ. of Obstetr. and. Gynecol.*, n° 5, may, 1929, p. 653.
- CAMPBELL-CLARK. — Folie puerpérale. *The Journal of Mental Science*, 1886-1887.
- CASTIN. — Des psychoses puerpérales dans leurs rapports avec la dégénérescence mentale. Thèse, Paris, 1899.
- CHARPENTIER. — Contribution à l'étude des délires toxi-infectieux. L'onirisme hallucinatoire. *Revue Neurologique*, 1919.
- CLAUDE (H.), BARUK (H.) et FORESTIER (J.). — Les encéphalites colibacillaires de type schizophrénique. *Soc. Méd. psych.*, 8 déc. 1932.
- CLAUDE (H.) et CUEL (J.). — Note anatomo-clinique sur trois cas de délire aigu. *Encéphale*, 1927, p. 628.

- CLARKE. — Pertur, Ment. Puerp. *The Journ. of Mental sciences*, 1913, January, vol. LIX.
- CODET et BADONNEL. — Psychoses puerpérales. *Journ. Médic. Français* 1924, p. 198.
- COURTOIS (A.). — De la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës. *Soc. Biologie*, 13 avril 1929.
- Sur certaines modifications du liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale, la démence précoce, la dépression mélancolique. *Ann. Médico-psychologiques*, oct. 1929.
- Flexion réflexe unilatérale de la jambe par flexion de la tête en cas de coma par lésion cérébrale circonscrite. *Ann. Médico-psychologiques*, mai 1931.
- COURTOIS (A.) et MARESCHAL (P.). — Le liquide céphalo-rachidien dans la confusion mentale puerpérale. *Soc. Médico-psychologique*, 24. nov. 1930.
- COURTOIS (A.) et M^{lle} RUSSEL. — Note sur la valeur diagnostique et pronostique de l'azotémie dans un groupe d'encéphalites aiguës. *Soc. Clin. de Médecine mentale*, 16 mai 1929.
- DAMAYE. — Les psychoses par épuisement. *Encéphale*, 10 sept. 1920.
- DAMAYE et WARSHAWSKI. — Guérison et séquelles du délire aigu. *Ann. Méd. psych.*, janv. 1928.
- DELMAS (P.). — Toxémie gravidique, *Montpellier Médical*, 15 juin 1932.
- DIDE. — Confusion mentale post-épileptique et post-éclampsique. *Tribune Médicale*, 27 avril 1898.
- DRETIER (J.). — Sur les psychoses puerpérales. *La semaine des Hôp. de Paris*, 15 déc.-30 déc. 1930.
- DUPOUY (R.). — Les psychoses puerpérales et les processus d'auto-intoxication. Thèse, Paris, 1904.
- La confusion mentale puerpérale *La Consultation*, n° 34, févr.-Mars 1930, p. 29.
- DUPOUY (R.) et COURTOIS (A.). — Des psychoses gravidiques et en particulier de la psychopolynévrite, syndrome de Korsakoff. *Encéphale*, avril 1930.
- DUMONTET (G.). — Des réactions méningées au cours de l'intoxication gravidique. Thèse, Paris, 1917.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales, 1819.
- FIEUX (G.). — La sérothérapie appliquée au traitement des vomissements de la gestation. *Soc. Obst. de France*, oct. 1912.
- FIEUX (G.) et DANTIN (A.). — Vomissements graves et serum de femme enceinte des premiers mois. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris, janvier, 1912.
- FIEUX (G.) et MAURIAC. — Nouvelles recherches sur la présence des anticorps chorio-villoux chez la femme enceinte des premiers mois. *Ann. de Gyn. et d'Obst.*, mai, 1912.
- FORESTIER (J.). — Les psychoses colibacillaires. Thèse, Paris, 1933.
- HANSEN. — Ueber das Werhaeltniss zwischen der puerperalen Infection. *Zeitschr. f. Geburtsh u. Gynæk. Stutt.*, 1888.
- HEGAR. — Zur Frage der sogemanten Menstrual Psychosen *All. Zeit. f. Psych.*, t. LVIII.

- HIRSCH (G.). — Contribution clinique à l'étude des psychoses puerpérales, Thèse, Paris, 1917.
- HOLM. — Om Puerperalafsidighed *Hosp. Tid.*, Kjobenh. 1874.
- IDANOF. — Contribution à l'étiologie de la folie puerpérale. *Rapport Soc. Neur. et psych. de Moscou*, 17 janvier 1892. *Ann. Méd. Psych.*, mars 1893.
- ILIESCO. — Du pronostic dans l'infection puerpérale. Thèse, Paris, 1925.
- ILROY (L. Mc.). — Parturition upon insanity and crime. *Lancet*, févr. 1928.
- KLIFFEL. — Délire et auto-intoxication. *Rev. de Psychiatrie*, sept. 1897.
- KRAFFT-EBING. — Psychosen menstruales eine Klinisch-forensich. Studie Stuttgart, 1922.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Troubles mentaux par perturbations des sécrétions internes. Congrès de Dijon, Masson, 1908.
- LALLIER. — De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie et les accidents infectieux des suites de couches. Thèse, Paris, 1892.
- LEMELAND. — Aperçu général sur les psychoses puerpérales *Prat. Méd. Franç.*, juillet 1928, p. 315.
- Aperçu général sur les psychoses puerpérales. *Arch. Intern. de Neur.*, 21^e série, oct.-nov. 1928, p. 140.
- LEVY-SOLAL. — Le choc obstétrical. *Presse Médicale*, 10 décembre 1932.
- LEVY-VALENSI (J.). — Psychoses puerpérales. *Paris Médical*, 25 mai 1929.
- LOIACONO (A.). — Su un caso di psicosi in puerperio. *La Rassegna d'Obst. e Gin.*, n° 12, 31 déc. 1928, p. 782.
- LOPES (J.). — Clinica e prophylaxia das psychoses puerperales *Rev. de Gyn. e Obst.*, Rio-de-Janeiro, n° 5, mai 1927.
- MAGNAN. — La folie puerpérale. Leçon résumée par F. de Ranse, *Gazette Médicale de Paris*, 17 mars 1877.
- Des signes physiques, intellectuels et moraux de la folie héréditaire. *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1886.
- MARCE (L. V.). — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. Baillière, édit. 1858.
- De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur l'aliénation mentale. *Ann. Méd. Psych.*, t. III.
- MARTIN (Ed.). — La théorie mammaire de la production du poison éclamptique. *Zent. f. Gyn.*, 1911, n° 3.
- MARCHAND (L.). — Considérations anatomo-cliniques sur la démence précoce. *Soc. Méd. Psych.*, 26 déc. 1927, 25 mars 1929, 26 mai 1930.
- Démence précoce par méningo-encéphalite. *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, janvier-février 1928.
- Démence précoce par encéphalite. *Soc. clin. de méd. ment.*, mars-avril 1928.
- MARCHAND (L.) et PETIT (G.). — Chorée et troubles mentaux *Revue psychiatrique*, sept. 1911, n° 6.
- MAUCLAIRE. — Psychoses puerpérales et psychoses vraies post-opératoires, *La Médecine*, décembre 1932.
- MAYER (A.). — Nouvelles expériences sur le traitement des toxémies de la

- grossesse avec le serum de femmes enceintes bien portantes. *Zent. f. Gyn.*, 1911, n° 37.
- MENNINGER (W. C.). — Mental disturbances associated with childbirth. *J. Kansas M. Soc.*, 31 : 394-395, nov 1930.
- METZGER. — L'accoucheur moderne.
- OLSHAUSEN. — Beitrag zu den puerperalen Psychosen, specielle den Nach Eklampsie auftretenden. *Ztschr. f. Geburtsth. u. Gyn.*, Stuttg., 1891, XXI, 371.
- PARIS (G.). — Des psychoses puerpérales envisagées au point de vue du pronostic. Thèse, Paris, 1923.
- PEACHELL (G. E.). — A case of insanity associated with pregnancy and previous Exophthalmic Goitre *Journal of Mental Science*, 1923, p. 83.
- PEREZ (N. L.) et GUIROY (A. J.). — Psicosis puerperal a repeticion. *Bol. Soc. de Obst. y Gin.*, 10 : 379-384, nov. 15, 1931.
- PETIT (A.). — Folies utérines. Thèse, Paris, 1870.
- PICQUE. — Psychopathies et chirurgies. Masson, 1913.
- PIERRET. — L'hérédité psychopathique *Revue scientifique*, 22 mai 1897.
- POROT (A.). — Les syndromes mentaux puerpéraux. *Les sciences médicales*, 15 déc. 1927.
- Notions cliniques sur les délires et les psychoses dans les maladies infectieuses. *Journ. Méd. Lyon*, 5 juillet 1922.
- PRENGOWSKI (P.). — Sur le traitement des psychoses non organiques. *Encéphale*, sept-oct. 1932.
- RAPOPORT. — Syndrome de Korsakoff au cours de la grossesse et de la puerpéralité. Thèse, Paris, 1912.
- RÉGIS. — Précis de Psychiatrie.
- Les psychoses d'auto-intoxication. Congrès Méd. Ment., La Rochelle 1893. *Archiv. de neurol.*, 1899, p. 278.
- Notes sur les délires d'auto-intoxication et d'infection. *Presse Médicale*, 3 août 1898.
- Les délires toxi-infectieux. *Acad. de Médecine*, 7 mai 1901.
- RÉGIS et CHEVALIER-LAURE. — Des auto-intoxications dans les maladies mentales. Congrès de Médecine Mentale, août 1893.
- RICHEL (Ch.) et JOLY (F.). — Traitement des délires par le tribromoethanol. *Paris Médical*, 31 octobre 1931.
- RIVIÈRE. — Auto-intoxication éclamptique. *Soc. Médecine de Bordeaux*, 1888.
- RIZZATTI (E.). — Le psicosi puerperali. *Riv. d'ostet e ginec prat.*, 13 : 235-244, june 1931.
- ROCHAIX. — Contribution à l'étude des troubles mentaux d'origine puerpérale. Thèse, Lyon, 1913.
- ROUBINOVITCH. — *Bull et Mem. de la Soc. Méd. des Hôp.*, 1899.
- ROUBINOVITCH et VLAIVIANOS. — C. R. Congrès international de Médecine 1900. Section de Psychiatrie.
- RUBSAMEN (W.). — Une tentative de guérir les toxémies de la grossesse par l'injection de serum de femme enceinte. *Zent. f. Gyn.*, n° 21, 1911, p. 778.
- SARRAT. — De l'infanticide dans ses rapports avec les psychoses des femmes en couches. Thèse, Lyon, 1921.

- SAUNDERS (E. B.). — Associations of psychoses with the puerperium. *Améric. Journ. of Psych.*, n° 4, january, 1929, p. 669.
- SOLDER. — Psychoses aiguës par coprostase. Délire aigu par auto-intoxication intestinale *Jahrbücher f. Psych. und. Neur.*, 1898, p. 174.
- STRECKER (E.) et EBOUTH (Fe.). — *Arch. of Neurology and Psychiatry*, 1926, n°2.
- SOLOMONS (B.). — Insanity and its relation to parturient state. *J. Ment. sc.*, 77 : 701-707, oct. 1931.
- SUZOR. — Deux cas de pithiatisme chez la femme enceinte. *Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris*, 9 déc. 1929.
- TARGOWLA. — Psychoses et encéphalites toxi-infectieuses. Les psycho-encéphalites. *Prat. Méd. franç.*, mars 1928.
- TARGOWLA et PICARD. — Sur un cas de confusion mentale toxi-infectieuse aiguë guérie par injections intraveineuses de salicylate de soude. *Soc. de Psychiatrie*, 22 déc. 1927.
- TORRAS. — La influencia del embarazo del puerperio en el desarrollo de las enfermedades mentales. *Ann. del Hosp. de la Sta-Cruz y s. Pablo*, n° 2, 15 marzo 1929, p. 101.
- TOULOUSE (E.). — Délire infectieux de la période post-puerpérale. *Tribune Médicale*, 1893, p. 686.
- Étiologie et formes cliniques des psychoses puerpérales. *Gazette des Hôp.*, 30 sept. 1893, n° 112.
- Les causes de la folie, 1896.
- TOULOUSE (E.) et COURTOIS (A.). — Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës, (d'après 100 observations cliniques. *Comm. Soc. Médico-psychologique*, 23 janvier 1933.
- TOULOUSE (E.), COURTOIS (A.) et DUFET. — Séquelles mentales des encéphalites psychosiques aiguës. *Ann. Médico-Psychologiques*, janvier 1932.
- TOULOUSE (E.) et MARCHAND (L.). — Puerpéralité et épilepsie. *Gaz. des Hôp.*, 1925, n° 102, p. 1. 661.
- Puerpéralité et épilepsie. *Bruxelles Médical*, 1927, p. 609.
- TOULOUSE (E.), MARCHAND (L.) et COURTOIS (A.). — L'encéphalite psychosique aiguë azotémique. *Presse Médicale*, 12 avril 1930.
- Les encéphalites psychosiques secondaires, *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1931.
- TOULOUSE (E.) MARCHAND (L.) et SCHIFF (P.). — Les encéphalites psychosiques, étude anatomo-clinique. *Encéphale*, mai 1929.
- TREPSAT (L.). — Étude des troubles physiques dans la démence précoce hétérophréno-catatonique. Thèse, Paris, 1905.
- VIGNES (H.). — Physiologie obstétricale.
- VIGNES (H.) et CODET (H.). — Les états mentaux de la femme enceinte. *Progrès Médical*, 15 déc. 1923.
- VOLSTEIN. — Contribution à l'étude des syndromes hallucinatoires, séquelles d'encéphalites. Thèse, Paris, 1932.
- YASKIN (J. C.). — Non suppurative, non epidemic encephalites following labor and in puerperium ; case probably due to cerebral anoxemia, with review of literature. *Arch. Neur. and. Psych.*, août 1931.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
--------------------	---

PREMIÈRE PARTIE

Généralités

Autour du sujet	5
Évolution des notions sur les psychoses puerpérales	7
Nosologie. Classification	16

DEUXIÈME PARTIE

Les Faits

Étude sémiologique	22
Les séquelles	28
Classification des faits	30
A. <i>Les psychoses gravidiques</i>	35
Syndromes psychiques purs	35
Etats neuropsychiques	42
B. <i>Les Psychoses du post-partum</i>	53
Encephalites psychosiques post-puerpérales	54
Délires infectieux post-puerperaux	91
Psychoses à début progressif	96
C. <i>Les Psychoses de la lactation</i>	104
D. <i>Les Psychoses symptomatiques</i>	108

TROISIÈME PARTIE

Examen critique et statistique des faits

Le rôle du terrain	118
Le rôle de l'infection	121
Pronostic de la mère	122

Pronostic de l'enfant	134
Traitement	136
Essai d'interprétation	141
CONCLUSIONS	149
BIBLIOGRAPHIE	155

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE: — 4-3-1933.
